

11 giugno 2024

RASSEGNA STAMPA



ARIS

ASSOCIAZIONE
RELIGIOSA
ISTITUTI
SOCIO-SANITARI

A.R.I.S.

Associazione Religiosa Istituti Socio-Sanitari

Largo della Sanità Militare, 60

00184 Roma

Tel. 06.7726931 - Fax 06.77269343

kerakoll

la Repubblica

kerakoll

Fondatore Eugenio Scalfari

Direttore Maurizio Molinari



La Repubblica è un giornale di informazione politica, culturale e sportiva. È un giornale di opinione e di cronaca.

Martedì 11 giugno 2024

€1,70

DOPO LE ELEZIONI EUROPEE

Schlein sfida Meloni

Parla la segretaria del Pd: "Ora una alternativa c'è, stiamo arrivando. Ho riportato il partito tra la gente". Il distacco da FdI è passato da due a un milione di voti. I democratici vincono nelle grandi città: Milano, Torino, Genova, Bologna, Bari e Napoli. Decaro: "Possiamo battere la Destra". Nel M5S, processo a Conte

La premier in relax a Borgo Egnazia: "Saremo centrali per la Commissione Ue"

Il punto

Unione sottosopra e Italia bipolare

di Stefano Folli

Il giorno dopo, è già ora di guardare avanti. E si capisce. Salvo anticipi, le elezioni nazionali sono fra tre anni e le due campionesse del nuovo semi bipolarismo hanno tutto il tempo per adeguare la loro proposta politica a una stagione che sta mutando in fretta.

a pagina 45

Il commento

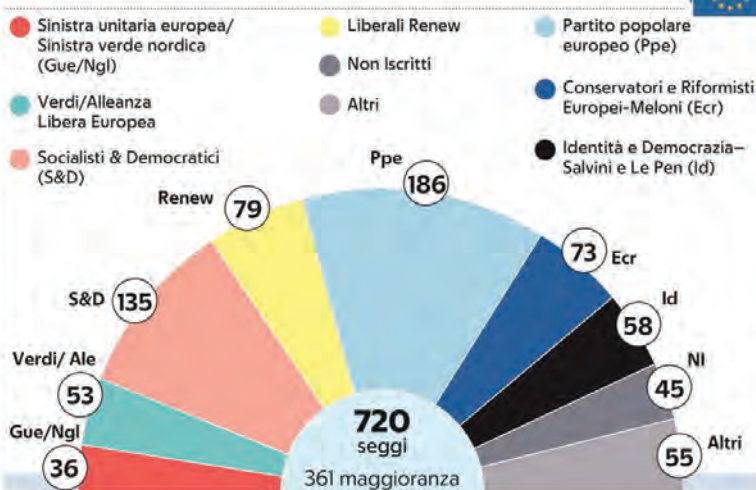
Dem, la ricucitura tra vecchio e nuovo

di Stefano Cappellini

Elly Schlein, straittonata da destra e da sinistra, va riconosciuto un merito: ha allargato il Partito democratico. Impresa che non era riuscita a nessuno dei suoi predecessori da quando Matteo Renzi consegnò ai segretari venuti dopo di lui un partito ristretto al 18 per cento e con milioni di elettori in fuga.

a pagina 45

IL NUOVO PARLAMENTO EUROPEO



Flussi elettorali, torna il duello tra centrosinistra e centrodestra

di Concetto Vecchio a pagina 41

Kupchan: "Se vince Trump, Giorgia diventerà più radicale"

di Paolo Mastrolilli a pagina 21

La segretaria del Pd, Elly Schlein, nell'intervista dopo i risultati delle elezioni europee e amministrative: «Ora un'alternativa c'è, stiamo arrivando».

di Carlucci, Castellani Perelli Ceccarelli, Cerami, Ciriaco Colombo, De Cicco, Ferrara Fontanarosa, Foschini, Frascilla Giovara, Lauria, Lopapa Mastrobuoni, Milella, Strippoli e Vitale da pagina 2 a pagina 29

Mosca contro i leader europei: si ritirino nella cenere della Storia

di Rosalba Castelletti a pagina 20

In Francia è già Bardella-mania. Il re dei selfie studia da premier

di Anais Ginori a pagina 23

L'analisi

L'accelerazione su von der Leyen

dal nostro corrispondente

Claudio Tito

BRUXELLES C'è uno spettro che aleggia sulla testa di Ursula von der Leyen: la bocciatura formale in Parlamento. E la mina che può far deflagrare il voto ha un nome: il gruppo dei Verdi. La presidente uscente della Commissione risulta rafforzata.

a pagina 20

Le idee

Le non risposte della Sinistra

di Paolo Rumiz

Contro la izquierda. Contro la sinistra. Nei giorni caldi della vigilia elettorale trovo un pamphlet con questo titolo in una libreria spagnola. L'attacco non viene da destra. La copertina è rossa, e la firma è di Jordi Gracia, un letterato di area liberale. L'inizio è fulminante.

a pagina 44

Feltrinelli Editore

Quattro edizioni

FeltrinelliEditore.it Feltrinelli.it

GAD LERNER

GAZA

Odis e amore per Israele

L'accordo

Apple con OpenAI ChatGPT sarà su iPhone e Mac

di Tiziano Toniutti a pagina 41

Il caso

Un seno nuovo come regalo per i 18 anni

di Elena Dusi a pagina 35

L'interista

Sinner: "Ho studiato Rossi e Tomba per essere il n. 1"

di Paolo Rossi a pagina 53

CORRIERE DELLA SERA

Milano, Via Solferino 28 - Tel. 02 62821
Roma, Via Campania 50 C - Tel. 06 688281

FONDATA NEL 1876

Servizio Clienti - Tel. 02 63767510
mail: servizioclienti@corriere.it

MARKUP logo and image of a man in a blue shirt pointing up.

Svolta alla Apple
La rivoluzione dell'AI sbarca sugli iPhone
di **Michela Rovelli**
a pagina 47

Aletica a Roma
Fantini si veste d'oro
Argento per Tortu
di **Marco Bonarrigo**
a pagina 58



MARKUP logo and image of a man in a blue shirt.

EUROPEE 2024

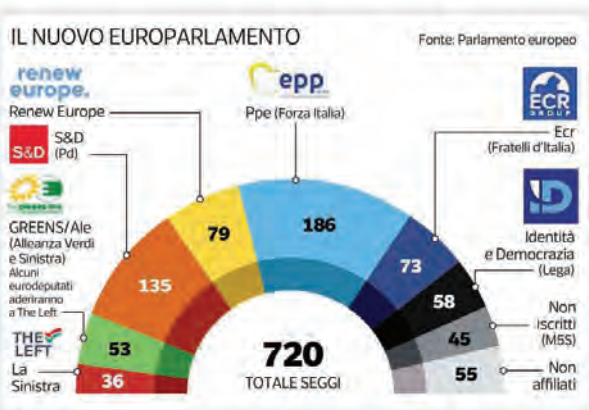
Nuova Europa, ora si tratta

Meloni: noi più forti. Piemonte, bis del centrodestra. Bergamo e Cagliari al centrosinistra

IL BIVIO ITALIANO
di **Aldo Cazzullo**
Tra i nuovi partiti che si affacciano al Parlamento europeo spicca, con 800 mila voti e tre deputati, un movimento spagnolo. Simbolo: la maschera del vendicatore anonimo, resa celebre dal film V per Vendetta e dalla serie «La casa di carta». Nome: «Se acabó la fiesta», la festa è finita. È un movimento iperliberista, alla Mlci, il presidente argentino con la motosega.
continua a pagina 44



COSA CI CONVIENE
di **Antonio Polito**
Due «anatre zoppes», Macron e Scholz; e un ex brutto anatroccolo sovranista trasformatosi in cigno, Giorgia Meloni. Questo resta dell'Europa dopo il sisma elettorale. La nostra premier è l'unica nel Club dei Grandi ad aver vinto le elezioni (con la parziale eccezione del polacco Tusk, aspirante Grande, al governo però da soli 6 mesi).
continua a pagina 44



di **Francesca Basso e Monica Guerzoni**
Dopo il voto si tratta sugli assetti in Europa. Meloni: Italia più forte. Amministrative, bene il centrosinistra. da pagina 2 a pagina 21

ALL'INTERNO
PARABOLA E LITI DI RENZI & CALEDA
Si è dissolto il Terzo polo
di **Roberto Gressi** a pagina 16

LITTELL'ATTACCO DI LA RUSSA
Salis, la via per Bruxelles
di **Giovanni Bianconi** a pagina 17
FRANCIA. IL 28ENNE LEADER DELLA DESTRA
Parte la corsa di Bardella
di **Stefano Montefiori** a pagina 19

Roma Il 58enne è morto in moto
Ex erede Ferrarelle, scontro col cinghiale

di **Giulio De Santis e Rinaldo Frignani**
Si è scontrato con il suo scooter contro un cinghiale: così è morto Stefano Violati, ex erede Ferrarelle. L'incidente sulla Cassia. a pagina 33

Napoli Trentenne travolta in mare
«Uccisa sul kayak da uno yacht pirata»
di **Fulvio Bui**
Travolta e uccisa da uno yacht pirata: morta una trentenne che viaggiava su un kayak a Posillipo. Incoltume un avvocato di 33 anni. a pagina 35 **Gennaro Scala**

IL CAFFÈ
di **Massimo Gramellini**
Non le hanno viste arrivare
Il ritorno dell'«O di qua o di là» di berlusconiana e prodiana memoria può essere letto come la conseguenza inevitabile di una politica che assomiglia sempre più a uno stadio con le tribune vuote (gli astenuti) e le curve piene di ultra. Oppure, per la prima volta, come il risultato di un'alleanza neanche troppo sotterranea tra due donne, Meloni e Schlein, divise dalle idee, ma unite da un interesse: stroncare le velleità di rivalsa dei maschi-alfetta che hanno da tempo spodestato, Salvini e Conte.
Ad agevolare è stata una legge elettorale, quella proporzionale, che spinge a contendere i voti più all'alteato che all'avversario, ma anche il pragmatismo che accomuna i loro caratteri, per il resto diversissimi. Hanno collaborato con astu-
zia, avendo cura di riconoscersi e legittimarsi a vicenda come unica alternativa possibile. L'idea del faccia-a-faccia televisivo — poi abortita, ma certo non per volontà loro — faceva parte di questa strategia. I maschi-alfetta non ci hanno capito quasi niente. Forse le hanno sottovalutate. Forse qualcuno avrà persino ironizzato sulle due seccellone, una rinchiusa a Palazzo Chigi a studiare faldoni governativi, l'altra in giro come una trottoia a tenere anche quattro comizi al giorno. Ieri Meloni e Schlein hanno reso pubblica una loro telefonata di congratulazioni reciproche, ma non mi stupirei se si sentissero di nascosto molto più spesso, per farsi due risate.
L'IMMAGINE: G. MONTI/AGF

MARKUP
STARRING THEO HERNÁNDEZ
markupitalia.com

L'ATLETICA

"Io, nel nome di Muhammad Ali
i 100 metri sono come la boxe"

GIULIA ZONCA - PAGINA 25



GLI SPETTACOLI

"Papà Morricone ci vietava
di ascoltare dischi e radio"

PIERO NEGRI SCAGLIONE - PAGINA 22



LA STAMPA

MARTEDÌ 11 GIUGNO 2024



QUOTIDIANO FONDATA NEL 1867



1,70 € II ANNO 158 II N.160 II IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA) II SPEDIZIONE ABB. POSTALE II D.L.353/03 (CONV.IN L.27/02/04) II ART. 1 COMMA 1, DCB-TO II www.lastampa.it



★ ★ ★ I FLUSSI ELETTORALI: SALISTRASCINA AVS, EMORRAGIA M5S, CASALEGGIO JR: CONTE SI DIMETTA ★ ★ ★

Meloni-Schlein, le due Italie

La premier: il Paese torna bipolare, sì all'Ursula bis. Telefonata con la leader Pd per i complimenti

IL COMMENTO
**La democrazia morente
in questa Europa perduta**
MASSIMO CACCIARI

Alle 23 di domenica poco più della metà dei cittadini europei aventi diritto era andata a votare. Al Sud d'Italia il 40%. Incredibile ma vero nessuno ne terrà conto. La forma è salva, della sostanza chi se ne frega. La democrazia si sfalda lentamente quanto inesorabilmente, nella indifferenza di tutti i democratici (e oggi tutti dichiarano di esserlo). - PAGINA 28

L'ANALISI
**Il futuro di Giorgia
tra Macron e Le Pen**
GIOVANNI ORSINA

Le elezioni europee sono state la porta di passaggio fra la prima parte della legislatura e la seconda. Hanno dato indicazioni inequivocabili su entrambi i versanti, governo e opposizione. Da ieri le due vincitrici Meloni e Schlein sanno di aver davanti a sé 24 mesi di presumibile, ragionevole stabilità politica per realizzare i propri obiettivi. - PAGINA 4

LE IDEE
**Se si tradisce lo spirito
dei fondatori della Ue**
ELSA FORNERO

La mia prima reazione al voto europeo è stata: «ancora una volta, i penalizzati da questo voto saranno i giovani!». D'altra parte, non c'è molto da stupirsi visto che l'Europa invecchia rapidamente. - PAGINA 29



Così le donne portano stabilità
SIMONETTA SCIANDIVASI
Uno dei mandati che l'elettorato pone nelle mani delle vincitrici di queste elezioni, Meloni e Schlein, è: dateci stabilità. - PAGINA 29

La sinistra di nuovo tra la gente
ANNALISA CUZZO GREA
Per dire del carattere, Elly Schlein ha passato le ultime ore di attesa elettorale a giocare a poker, variante Texas Hold'em. - PAGINA 6

L'INTERVISTA
**Prodi: il campo largo c'è
serve cultura di governo**
FABIO MARTINI

Romano Prodi accompagna i suoi giudizi con lo sguardo di chi ha guidato il "governo" Ue per 5 anni e quello italiano per due volte e sulla scorta di questa doppia esperienza, suggerisce di non scambiare il 9 giugno 2024 per una delle tante giornate importanti, perché stavolta potremmo trovarci dentro un vero passaggio d'epoca. - PAGINA 7

L'EX PRESIDENTE
**Juncker: l'ultradestra
fuori dalla coalizione**
MARCO BRESOLIN

I 40 seggi di margine che la coalizione europeista avrà nel nuovo Parlamento «saranno sufficienti» per garantire la rielezione di Ursula von der Leyen. La presidente «non ha bisogno di cercare il sostegno degli eurodeputati di Fratelli d'Italia e nemmeno quello di Giorgia Meloni in Consiglio» dice Jean-Claude Juncker. - PAGINA 11

IL BIS IN PIEMONTE: PER I MODERATI CI SONO PRATERIE
Cirio: riparto dalla Sanità
GIANNI ARMAND-PILON

«Sono contento, davvero contento», dice Alberto Cirio lasciando lo studio di Alba dove ieri ha seguito lo spoglio con i figli e gli amici di sempre. - PAGINA 21

L'ANALISI
**Il modello istituzionale
contro la politica-rissa**
Giuseppe Salvaggio

L'ASTENSIONISMO
**La lezione di Matteotti
e la scelta di non votare**
NIGOLETTA VERNA

Per la prima volta nella storia della Repubblica, a un'elezione nazionale la quota di elettori ed elettrici che si è astenuta dal voto ha superato quella di chi è andata alle urne. Lo trovo un dato avvilente. - PAGINA 29

LO SCRITTORE
**Cercas: questi populisti
svuoteranno le libertà**
FRANCESCA PAGI

Lo scrittore spagnolo Javier Cercas vede un'Europa più nera e più rabbiosa, eppure non ancora perduta. «Poteva andare peggio» dice La Stampa. - PAGINA 15

BUONGIORNO
Bomba o non bomba
MATTIA FELTRI
Fra i motivi che hanno concorso all'ottimo risultato di Sinistra e Verdi, c'è senz'altro l'opposizione all'invio di armi in Ucraina. Invece Giorgia Meloni è andata bene perché è tuttora sostenitrice dell'invio delle armi. Al contrario, la Lega è andata male perché è contraria all'invio di armi. Buono il risultato di Forza Italia, fermamente impegnata all'invio di armi. E del resto è impossibile non ipotizzare che il partito di Michele Santoro abbia raccolto poco o nulla in quanto decisamente sfavorevole all'invio di armi, come non hanno superato il quorum Renzi e Calenda proprio in quanto fervidi sostenitori dell'invio di armi, per non dire del tracollo di Conte, addebitabile alla chiusura netta all'invio di armi. È una dinamica chiara, costante anche all'estero. Viktor Orbán ha perduto consensi essendo lui il più solido leader europeo ostile all'invio di armi, mentre AfD, i neonazisti tedeschi, siccome altrettanto ostili all'invio di armi, hanno fatto il botto, e sempre in Germania la Cdu è favorevole all'invio di armi e pertanto è andata una favola e la Spd è né più né meno favorevole all'invio di armi e pertanto è andata a catafascio. Una linea di demarcazione netta messa in crisi soltanto dal caso di Marine Le Pen, volata oltre il trenta per cento con tutta evidenza perché prima era meno propensa all'invio di armi, o magari perché adesso è più propensa, ma senz'altro avrebbe potuto fare anche meglio o peggio poiché adesso è più propensa e prima lo era meno. Spero sia tutto chiaro. Perché poi c'è un'ulteriore possibilità: che in fondo agli elettori della guerra in Ucraina non gliene importa nulla. Purtroppo.



Il Messaggero



€ 1,40* ANNO 140 - N° 180

Spese in A.P. 0,353/000 come L.40/2004 art.1 c) 03/04

NAZIONALE



Martedì 11 Giugno 2024 • S. Barnaba apostolo

IL GIORNALE DEL M.A.

Commenta le notizie su [ILMESSAGGERO.IT](#)

Concerto a Caracalla Magico Legend il suo piano incanta Roma

Marzi a pag.29



Oggi allenamento aperto Azzurri in Germania parte l'avventura degli Europei

Angeloni nello Sport



Le stelle dell'atletica Sara Fantini oro nel martello Tortu solo argento

Arcobelli e Mei nello Sport



Ue, Meloni detta le condizioni

►Dopo la vittoria elettorale, la premier punta a un commissario di peso. Partita aperta su von der Leyen, che lancia segnali di dialogo ►Telefonata di congratulazioni con Schlein. La leader dem: «Stiamo arrivando». Flop M5S, svolta Conte sul terzo mandato

L'editoriale

LE DUE ANIME DI GIORGIA

Mario Ajello

Un successo senza se e senza ma quello di Giorgia Meloni. Avvenuto in condizioni di gioco non facili, basti pensare alle ristrettezze economiche nelle quali il governo si è dovuto muovere in questi venti mesi dall'inizio della legislatura, e che si deve all'uso di un doppio registro. Da una parte la premier super-pop, il format dello «scrivi Giorgia», la capacità (...)

Continua a pag. 31

Il commento

IL DECLINO FRANCO TEDESCO

Vittorio Sabadin

Solo due settimane fa il presidente francese Emmanuel Macron era a Berlino, per decidere con il cancelliere Olaf Scholz le priorità strategiche per il futuro dell'Europa e per spartirsi i posti di comando da assegnare dopo le elezioni. Quattordici giorni dopo i due leader sono anatre zoppe che rischiano di non contare più nulla: gli elettori li hanno umiliati, la locomotiva franco-tedesca che da 60 anni (...)

Continua a pag. 31

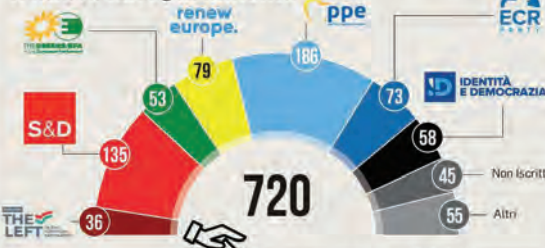
La guerra in Gaza

L'ordine di Hamas: se arrivano i soldati uccidete gli ostaggi



TEL AVIV Hamas invia ai carcerieri nuove regole: quando ritengono che le forze militari israeliane si stiano avvicinando ai rifugi, devono uccidere gli ostaggi. Genah a pag. 19

Il nuovo Parlamento



AFFLUENZA 49,6%

I seggi in Italia



I CAPOLUOGHI DOPO IL PRIMO TURNO



I principali duelli

REGIONE	CANDIDATO 1	VOTI	CANDIDATO 2	VOTI
PIEMONTE	Cirio Alberto	56,27	Leccese Vito	47,65
	Pentenero Giovanna	33,41	Romito Fabio Saverio	29,89
	Disabato Sarah	7,68	Lalorgia Michele	21,33
FIRENZE	Funaro Sara	43,08	Masci Carlo	51,40
	Schmidt Elke Dieter	33,08	Costantini Carlo	33,74
	Saccardi Stefania	7,31	Pettinari Domenico Zaccardi	13,07
PERUGIA	Ferdinando Vittoria	48,80		
	Scozia Margherita	48,37		
	Monni Massimo	1,56		

Amoruso, Bassi, Bechis, Benedetti, Bulleri, Di Biasi, Evangelisti, Gentili, Malfetano, Menicucci, Pacifico, Pierantozzi, Piras, Rosana, Rossi, Sorrentino, Valenza, Vercesi da pag. 2 a pag. 17

I flussi

FdI, voto trasversale Il Pd primo partito tra gli under 30

Giovanni Diamanti

Queste elezioni europee hanno avuto vincitori e sconfitti. Meloni ha vinto perché il suo partito si è rafforzato rispetto alle Politiche. A pag. 2

Il caso

La Lega e lo spettro del parricidio: «Bossi va espulso»

Claudia Guasco

Lo strappo di Bossi, che ha votato FI, ha fortemente irritato Salvini. E ora il Senato rischia l'espulsione. A pag. 10

Delitto Mollicone il Pg: teste credibile la vide in caserma

►La carta della procura per ribaltare le assoluzioni di primo grado: «Serena imbavagliata e soffocata»

Valeria Di Corrado

La rivelazione di Santino Tuzi, che disse di aver visto Serena Mollicone entrare nella caserma di Arce il primo giugno del 2001, verso le ore 11, e di non averla vista più uscire, «è credibile». Lo ha sostenuto ieri il sostituto pg Francesco Piantoni, dando inizio alla requisitoria davanti alla Corte d'assise d'appello di Roma nel processo di secondo grado per l'omicidio della 18enne. A pag. 20

La tragedia a Napoli Uccisa in kayak è caccia al pirata del gommone

NAPOLI È caccia al pirata che ha irrotto e ucciso nel Golfo di Napoli una donna in kayak. L'amico che era con lei: «Quel gommone impennava». Del Gaudio a pag. 21

Il Segno di LUCA

SCORPIONE, È L'ORA DEL CAMBIAMENTO

I tuoi due pianeti, Marte e Plutone, sono in conflitto tra loro e questo attrito potrebbe da un lato frenarti ma dall'altro ti stimola a superare un blocco, liberando le energie che erano imprigionate. Forse tutto questo costituisce anche una sorta di invito a rivedere alcune tue modalità di interazione nei confronti del partner e dell'amore ma soprattutto rispetto a te stesso. Se favorisci sempre il dubbio rischi di danneggiarti. MANTRA DEL GIORNO Da solo non posso cambiare me stesso.

L'oroscopo a pag. 31

BRIGLIA 1949

* Tariffe per gli abbonamenti (non accreditati) (separatamente): nella versione di Mestre, Lecce, Brindisi e Taranto, il Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia € 1,30. In domenica con l'abbonamento € 1,40; in Abbonato il Messaggero - Corriere dello Sport Stadio € 1,40; in Milano il Messaggero - Primo Piano: Roma € 1,50; nelle province di Bari, Foggia, e Messaggero - Nuovo Quotidiano di Puglia - Corriere dello Sport Stadio € 1,50; "Conto per singola. La vita secondo il mio Manifesto" - € 6,90 (solo Roma).



Avvenire

Quotidiano di ispirazione cattolica www.avvenire.it



Editoriale

Le insidie di una continuità fragile L'UNIONE CONGELATA

ANDREA LAVAZZA

Provi di un'elezione europea su due non ha voluto sacrificare 30 minuti del proprio tempo per recarsi ai seggi. Tra chi l'ha fatto, quasi un terzo ha scelto partiti che dell'Europa hanno una visione per lo più limitata alla condivisione di uno spazio economico (e anche qui con eccezioni a favore dei singoli Stati). Oggi, però, molti sono curiosi di sapere che Ue sarà quella uscita dalle urne di domenica. Il nuovo Parlamento è ancora a maggioranza filo-europea e filo-ucraina, ha detto a sorpresa il portavoce del Cremlino, Dmitri Peskov. E, per quanto sia maliziosa e interessata, si tratta di un'analisi che fotografa in parte la realtà. Non c'è stato un tentativo di censurarsi a livello continentale capace di ribaltare gli equilibri attuali, e la maggioranza a Strasburgo potrebbe ripetere lo schema che ha portato all'elezione di Ursula von der Leyen cinque anni fa. Eppure, in un contesto bellico nel quale l'Unione sembra essere sotto pressione come mai in passato e suscettibile di diventare un attimo decisiva nelle crisi in atto, ben più di quanto possa fare ciascuno dei 27 membri, il voto per scegliere 720 deputati è rimasto in gran parte influenzato dai contesti specifici di svolgimento. E in questi ultimi ha prodotto conseguenze certamente significative e con potenziali effetti di lungo periodo. A Parigi e Berlino, i cittadini hanno voluto mandare un chiaro messaggio di insoddisfazione ai propri governi, premiando le forze al momento all'opposizione e gruppi apertamente anti-sistema, come Alternative für Deutschland in Germania. Il presidente francese Emmanuel Macron, l'orienteamento indebolito, chiamando subito al rinnovo dell'Assemblea nazionale, cercherà di mobilitare il "fronte repubblicano" per evitare che il Rassemblement National di Marine Le Pen ripeta la vittoria appena ottenuta.

continua a pagina 26

Editoriale

Intifesi in Italia del voto europeo INIZIATA L'ERA DELLE DUE LEADER

MARCO IASEVOLI

Si attaccano e si legittimano. Si sentono a telefono e gisissano amabilmente sugli allentati. Si pungono subito al rinnovo economico ma concordano la linea di politica estera per evitare incidenti parlamentari. Fanno blocco insieme contro il terzo mandato dei governatori mentre si combattono sulle riforme. E infine vincono le elezioni europee entrambe. A raccogliere un lieve fiat che hanno costruito giorno dopo giorno, l'una da Palazzo Chigi, l'altra dal Nazareno. E chi sa se tra qualche settimana, nel nome dell'«interesse nazionale» e della «responsabilità», non si troveranno a sostenere lo stesso schema a Bruxelles, per i nuovi equilibri delle istituzioni europee. Ipotesi che sinora hanno rigettato al niente, ma con l'altro dovevano dire in campagna elettorale? In fondo il Pd ha sostenuto sinora Von der Leyen, la premier italiana con la politica tedesca ci va più che d'accordo... Insomma, tirando una linea tra mille considerazioni più o meno valide e fondate: con le enachezioni è iniziata ufficialmente l'era delle due leader. Giorgia Meloni ed Ely Schlein. Così lontane ma anche abbastanza vicine, quantomeno, da domenica, nei numeri elettorali. La premier lepre, la segretaria inestinguibile. Ma entrambe sulla cima della montagna, a guardare compagni di viaggio rimpiccioliti dalla differenza di voti. Quanto lunga sarà questa era, dipenderà da loro due. Dalla capacità di tenere lontana la tentazione di trasformare questo nichilopolitismo in un bipartitismo di fatto, di voler rappresentare tutto e tutti senza timore di contraddizione, di voler coprire esterne e centri come fosse un gioco dialettico, il vecchio e sempre valido «ma anche». Dipenderà dalla capacità che avranno entrambe di capire perché l'altra ha vinto.

continua a pagina 22

IL FATTO L'alleanza Popolari-Socialisti-Liberali si conferma come unica maggioranza possibile. Ma cambiano i pesi nell'assemblea

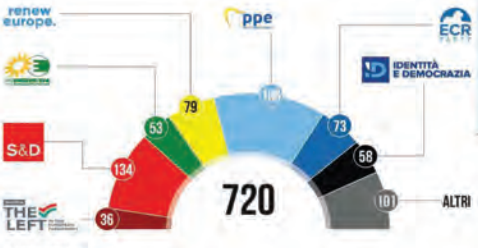
Parlamento più a destra L'Europa cerca una guida

Von der Leyen: allarghiamo l'alleanza. Meloni e Governo rafforzati, Pd e Aus crescono, male M5s

IL FENOMENO ASTENSIONE

**Persi 10 milioni di elettori
E il Sud è un "buco nero"**
Mai così pochi italiani alle urne in una consultazione tra partiti a livello nazionale: per la prima volta chi ha disertato i seggi rappresenta la maggioranza assoluta.

IL NUOVO EUROPARLAMENTO



La tenuta al centro - leggi Ppe - della coalizione di Ursula von der Leyen sulla carta può bastare a confermarla alla guida della Commissione, sullo schermo della passata legislatura. Ma con Francia e Germania così indebolite dalla virata a destra dell'elettorato europeo si va verso una coalizione «a porte aperte».

Primipiano alle pagine 2-12

INTERVISTA AL SONDAGGISTA

Pagnoncelli: siamo ridotti a democrazia di spettatori
«Semplicemente, l'elettore non si sente parte in causa». Parte di qui l'analisi del sondagista Nando Pagnoncelli, amministratore delegato di Ipsos Italia.

I RISULTATI

Partito	Voti	Seggi
Frattelli d'Italia	8.886.198 (29,80)	24
Partito Democratico	5.507.401 (24,07)	20
Movimento 5 Stelle	2.218.060 (8,99)	8
Forza Italia - Noi Moderati - PPE	2.224.955 (8,93)	8
Lega	2.092.432 (9,01)	8
Alleanza Verdi e Sinistra	1.559.140 (6,72)	6
Stati Uniti d'Europa	872.082 (3,76)	6
Alione - Siamo Europei	776.158 (3,34)	6
Pace Terra Dignità	511.437 (2,20)	6
Libertà	284.993 (1,22)	6
Südtiroler Volkspartei (Svp)	120.877 (0,52)	1
Alternativa Popolare	90.393 (0,39)	6
Democrazia Sovrana Popolare	35.420 (0,15)	6
Partito Animalista-Italexit per l'Italia	29.325 (0,13)	6
Rassemblement Valôtain	14.417 (0,06)	6

I TEMI E I NUOVI EQUILIBRI

**Pace, ambiente, migranti
La Ue cambierà la rotta?**
Ci vorranno mesi per definire il nuovo assetto del Parlamento europeo, ma su alcune questioni chiave sarà inevitabile una revisione di obiettivi e tempi di attuazione.

INTERVISTA/IL NEODEPUTATO

Tarquino: «Impediremo a VdL di andare a destra»
Al fotofinish i dati di Roma, arrivati in grave ritardo, assegnano l'elezione all'ex direttore di Avvenire - Pd partito faticoso ma pluriennale, questo voto è un no alla guerra».

INTERVISTA/IL LEADER DI AVS

Bonelli, rin vigorito, pensa all'alternativa con Pd e M5s
Con l'As al 6,7% Angelo Bonelli, co-portavoce, punta di sfidare il centrodestra. «Ed è una grandissima responsabilità» diventare primo di un'alternativa al centrodestra.

I nostri temi

**SEGNALI/1
Il campanello d'allarme dello spread**
MARGO FERRANDO
Un'Italia più forte, un'Europa meno paziente. C'è un duo spinto contrapposte negli scenari disegnati (e prezziati) ieri dai mercati.
A pagina 27

**SEGNALI/2
Il debutto in massa dei fuori sede**
WANNA DALOISO
I ragazzi lontani da casa a votare ci sono andati, e pure in massa: l'80,8% fra quelli che ne hanno così difficilmente conquistato il diritto.
A pagina 27

IL PAPA IN CAMPIDOGLIO

Francesco: Roma sia ospitale e generosa
Mucilo a pagina 29

ATLETICHE NAZIONALITÀ

**Gli italiani re dell'atletica
Il "colore" non c'entra**
Nicolleto a pagina 23

BORSE DI LUSO

**Commissari Dior
«Sfrutta i lavoratori»**
Servizio a pagina 25

La salvezza, per tutti

«**U**n poco alla volta ho accorciato, potato, sino ad arrivare a una parola sola. Una parola per dire quello che voglio veramente. Questa cosa che mi porto dalla nascita, che mi segue come un'ombra, stessa sempre al mio fianco. Salvezza. Questa parola non la dico a nessuno, a nessuno oltre a me. Ma la parola eccola, e con lei il suo significato più grande della morte». Daniele Menzarelli svela così, già nelle prime pagine di *Tutto chiede salvezza* (Mondadori), quale è il nocciolo di questo racconto autobiografico, che lo vede ricoverato con un trattamento sanitario obbligatorio in un ospedale psichiatrico. Vicenda esistenziale, che apre uno squarcio di amorevole

Dio fra le righe

Lucrezia Fazzini
bellezza nel lettore, il quale si trova catapultato per una settimana in una stanza di persona e mal di mente. E alla fine di quel soggiorno obbligato, la voce narrante, Menzarelli stesso, torna a quell'anelito essenziale, primordiale, che oggi in tanti antedestano in mille modi, spesso fuorvianti: «Non ho detto a nessuno di venirmi a prendere. Voglio camminare, respirare, starmene all'aria per conto mio. L'onorario di tutto, dallo spazio ai colori, stordisce e inamora, la bellezza conquista gli occhi. Dall'alto, dalla punta estrema dell'universo, passando per il cranio, e giù, fino ai talloni, alla velocità della luce, e oltre, attraverso ogni atomo di materia. Tutto mi chiede salvezza. Per i vivi e i morti, salvezza».

Agorà

SPIRITUALITÀ
Una nuova epoca propizia allo sguardo della mistica
Lumini a pagina 31

SCENARI
Terra e umanità hanno un solo destino. E non è un'utopia
Belf a pagina 32

MUSICA
Dai CCCP ai CSI, quando il rock segnò davvero un'era
Talanca a pagina 33

In edicola a 4 euro
IL CORAGGIO DELL'OLTRE
Cardini / Festa / Givone / La Cecla / Montesano / Muscati
LUOGHI INFINITI

PIANETA SANITÀ

Liste d'attesa, le prime misure in autunno

Per il momento, il piano del Governo per ridurre i tempi resta soltanto sulla carta, denuncia Gimbe

Il Piano anti-liste d'attesa voluto dal ministro della Salute, Orazio Schilacci, ha ottenuto la scorsa settimana il via libera dal Consiglio dei ministri, ma perché si traduca in benefici concreti per i cittadini bisognerà ancora attendere. Se i tempi tecnici verranno rispettati, le prime misure dovrebbero infatti diventare operative entro l'autunno ma sulla tempistica esatta non c'è, al momento, certezza.

La svolta per contrastare la piaga delle liste di attesa, principale problema per i cittadini ed il Servizio sanitario nazionale, è delineata in 22 articoli suddivisi tra due provvedimenti: un decreto legge che prevede 7 norme ed un disegno di legge di 15 articoli, per il quale i tempi richiesti si allungano. Per rispondere alla domanda sul quando le nuove misure saranno effettivamente operative - a partire dal Cup unico regionale, la disponibilità di visite ed esami anche il sabato e la domenica ed il ricorso a intramoenia e privati con modalità precise per avere tempi certi per le prestazioni - bisogna considerare una prima data, ovvero la pubblicazione in Gazzetta Ufficiale del dl avvenuta lo scorso 7 giugno.

«È bene precisare - sottolinea il presidente della Fondazione Gimbe, Nino Cartabellotta - che il dl sulle liste di attesa, pubblicato in Gazzetta il 7 giugno, dovrà essere convertito in legge entro il

prossimo 6 agosto e cioè entro 60 giorni dalla pubblicazione in Gazzetta».

Una volta avvenuta la conversione in legge, per la piena attuazione delle norme dovranno essere però adottati almeno sette decreti attuativi del ministero della Salute, di cui, precisa Cartabellotta, «alcuni in concerto con altri dicasteri o istituzioni». E i tempi per la loro adozione sono definiti dal testo del dl (30 o 60 giorni) solo per alcuni decreti attuativi, mentre per altri, rileva, «non sono nemmeno indicati». Di conseguenza, l'adozione di questi provvedimenti non sarà dunque immediata. «Né - avverte il presidente di Gimbe - saranno rapidamente visibili i benefici per i cittadini, visto che molte delle misure introdotte dal dl richiederanno tempi tecnici di realizzazione medio-lunghi. E servirà, in ogni caso, una stretta collaborazione con Regioni e Aziende sanitarie per evitare che questo decreto rimanga disatteso». Insomma, l'odissea di tanti pazienti per poter ottenere una visita o un esame in tempi appropriati è destinata a prolungarsi almeno di qualche mese, nell'ipotesi migliore.

In particolare, rileva Gimbe, sono solo due gli articoli del dl che prevedono una tempistica precisa per l'emanazione dei decreti attuativi. Il primo è l'articolo 1 che sancisce l'istituzione della Piattaforma nazionale delle liste di attesa presso l'Agenas. Si specifica infatti che

«entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del decreto, con decreto del ministro della Salute sono adottate specifiche linee guida per definire i criteri di realizzazione, di funzionamento e di interoperabilità tra la Piattaforma nazionale e le piattaforme regionali». Le linee guida per rendere operativa la Piattaforma dovrebbero quindi arrivare entro gli inizi di ottobre. L'altro articolo del dl che prevede una tempistica è l'articolo 6 su «Ulteriori misure per il potenziamento dell'offerta assistenziale e il rafforzamento dei Dipartimenti di salute mentale». In questo caso è indicato che «entro 60 giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del dl» venga definito un «piano d'azione finalizzato al rafforzamento della capacità di erogazione dei servizi sanitari e all'incremento dell'utilizzo dei servizi sanitari e socio-sanitari sul territorio». Per il resto delle misure, i tempi restano un'incognita. E il cittadino resta in coda.

Il decreto legge è stato pubblicato in Gazzetta Ufficiale. Ma per renderlo operativo servono almeno sette decreti attuativi



IL COMMENTO**Diritto alla salute:
prevenzione,
prossimità
e intelligenza
artificiale****LORENZO D'AVACK****APAGINA 11**

La discussione politica dei giorni che hanno preceduto le elezioni europee ha investito nel nostro Paese prevalentemente il problema della sanità. Un problema certamente assai grave.

IL SSN DOVREBBE RICONSIDERARE IL BILANCIAMENTO DI RISORSE TRA CURA E PREVENZIONE E LAVORARE AL SUPERAMENTO DELLE DISUGUAGLIANZE

Diritto alla salute: il divario si riduce con informativa, prevenzione, prossimità e intelligenza artificiale

LORENZO D'AVACK

La discussione politica dei giorni che hanno preceduto le elezioni europee ha investito nel nostro Paese prevalentemente il problema della sanità. Un problema certamente assai grave considerato che indipendentemente dai diversi governi, gli investimenti nei confronti della sanità e della ricerca scientifica sono assolutamente carenti. Evidente la situazione che abbiamo vissuto in occasione del covid che confermava che eravamo uno degli ultimi Paesi europei per quanto riguardava la ricerca scientifica. Alcune volte l'argomento viene usato

a fini strumentali per alimentare la polemica politica, o come "marchetta elettorale del governo" (ddl. 4 giugno 2024), ma credo che il tema meriti una riflessione seria e rigorosa che non



possa essere sottovalutato né banalizzato in una rissa di talk show o di promesse senza copertura economica. Attualmente possiamo prendere ad esempio proprio le liste di attesa. Ci sono statistiche certificate che registrano una media di 30 ore di attesa in un pronto soccorso. L'attesa per un esame anche che non sia specialistico può richiedere 400 giorni. Con la conseguenza che vi è una percentuale altissima di rinuncia alle cure. Il Servizio sanitario nazionale dovrebbe riconsiderare il bilanciamento delle risorse tra cura e prevenzione e dovrebbe lavorare al superamento delle disuguaglianze che rendono il diritto alla cura non uguale per tutte le persone e le comunità del nostro Paese. La disparità del diritto alla salute è inaccettabile. Oggi a più forte ragione si pone il problema di conciliare con urgenza misure ispirate alla tutela della salute con le regole della democrazia e il corretto equilibrio dei poteri.

A fronte di questa situazione definibile tragica appare necessario raccomandare la realizzazione di un incremento della informativa, della prevenzione, della prossimità: questi sono elementi strettamente connessi alla durata della vita del soggetto e alla sua qualità. Elementi che oggi possano avvalersi di sistemi di intelligenza artificiale (IA), che quando affidabili, aiuteranno le persone ad acquisire una nuova gestione della propria salute.

È oggi indiscutibile che l'informativa provenga soprattutto dal mercato. Ma non è detto che tali informative siano progettate, sviluppate, per migliorare il benessere individuale e collettivo, in pratica, determinino salute. Nonostante il progresso scientifico sia costante, gli effetti collaterali dei farmaci prescritti restano una delle cause principali di danni alla salute. In genere le case farmaceutiche seguono un approccio molto generico per quanto riguarda lo sviluppo e la prescrizione di un farmaco. Sappiamo, ad esempio, che la sperimentazione è prevalentemente svolta nei confronti dell'elemento maschile, di modo che molto spesso i prodotti consigliati per curare i maschi non sono altrettanto idonei nei confronti del genere femminile e ancor meno possono risultare opportuni nei confronti dei bambini e degli adolescenti. Ma queste lacune sono destinate a essere contenute a mano a ma-

no che il nascente settore della farmacogenetica continua a svilupparsi. Test genetici migliori ridurranno la probabilità di reazioni avverse, aumenteranno le possibilità di guarigione e forniranno sia ai medici, sia ai ricercatori più dati da analizzare e sfruttare correttamente. Tutto ciò non esclude l'autonomia del paziente, determinata proprio da un "consenso informato". Una informazione, una comunicazione al paziente non soltanto limitata a quella di diagnostica, ma anche a prestazioni complesse, che deve essere la più completa possibile in modo che il paziente abbia sempre la scelta di sottoporsi o meno a una determinata cura o trattamento medico. Eventuali inadempimenti a tali obblighi di *disclosure* dovrebbero essere considerati alla stregua della condotta di *malpractice* per errata esecuzione della prestazione sanitaria in senso stretto. E l'informativa riconduce alla "prossimità", cioè all'idea di una sanità sempre raggiungibile dalla persona, che non dovrebbe lasciare solo nessuno di fronte alla malattia e alla sofferenza, a partire dai soggetti fragili. Nel tempo della rivoluzione digitale la "prossimità" si identifica anche con la telemedicina, la teleassistenza, una opportunità da utilizzare in Paesi non organizzati sotto il profilo sanitario per prendersi cura di malati in apparente abbandono e solitudine. In questo contesto l'Intelligenza Artificiale (IA) può rappresentare un importante dispositivo estremamente utile per la promozione della prevenzione, nonché per la formazione dei medici e degli insegnanti scolastici. Tuttavia, occorre ricordare che la IA può rispecchiare interessi economici e culturali guidati da gruppi interessati. Per questo è fondamentale che l'IA sia controllata da regole universali per evitare che divenga un'altra fonte di informazioni poco attendibile come è successo per internet. E resta compito del medico, in ogni caso, prendere la decisione finale, in quanto attualmente la IA



fornisce solo ed esclusivamente un supporto di raccolta e analisi dei dati, di natura consultiva. Delegare compiti complessi a sistemi intelligenti, può portare alla perdita di qualità umane e professionali. Se la relazione di cura va configurata come “alleanza terapeutica”, va preservato un ruolo sostanziale al “medico umano” in quanto unico

a possedere le capacità di empatia e di vera comprensione, che non possono essere espresse dalla IA, e che sole possono rendere reale una tale alleanza.



JOB

Le professioni medico-sanitarie sono più richieste

ROMA Secondo gli analisti di Lu.Sa. Form, soprattutto tra le donne ma anche tra gli uomini, la pandemia ha inciso in maniera determinante sulla scelta della facoltà universitaria. Quelle medico-sanitarie stanno avendo un boom. **A PAG. 5**

Professioni sanitarie al top

LAVORO Confrontando il Rapporto di Almadiplo- ma, la banca dati del consorzio Almalaurea, sui diplomati 2023 con quello sui diplomati 2019, gli analisti di Lu.Sa. Form (www.lusaform.com), hanno potuto rilevare che, soprattutto tra le donne ma anche tra gli uomini, la pandemia ha molto inciso sulla scelta della facoltà universitaria. Ci si riferisce quindi alle ragazze e ragazzi nati nel 2004. Se nel 2019 il 13,7% delle liceali vole-

va iscriversi a Medicina e Odontoiatria, tra le diplomate del 2023 a voler operare questa scelta è stato il 20,2%, con un incremento di 6,5 punti percentuale pari ad un +47,4%. Mentre tra i liceali di sesso maschile si è passati dal 9,6% al 13,2%, con un incremento di 3,6 punti percentuale pari ad un +37,5%. Poi ancora, tra le diplomate agli istituti tecnici che vuole iscriversi ad una qualche

professione sanitaria si passa dall'11% al 14%, con un +27 per cento.



Per avere una polizza integrativa 4 italiani su 10 rinuncerebbero al ristorante, 3 su 10 alle vacanze

SE UN MEDICO NON BASTA

Le coperture sanitarie per costruire un sistema del benessere

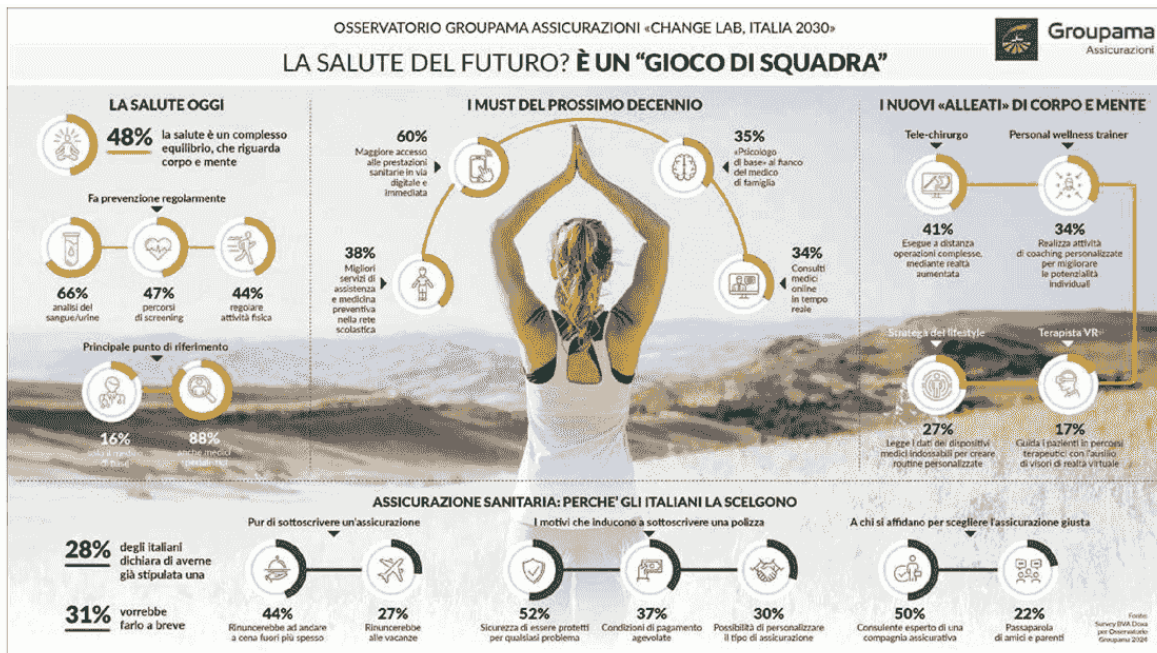
DI LORENZO MARTINI

Il medico di base non basta, la salute è sempre più effetto di un gioco di squadra che chiama in causa professionisti di ogni specializzazione, in primis quella psicologica. Lo evidenzia la survey BVA Doxa realizzata per la IV edizione dell'Osservatorio Groupama Assicurazioni «Change Lab, Italia 2030»: gli italiani promuovono con riserva l'attuale «sistema salute» italiano ma avvertono la mancanza di alcuni servizi come appunto lo «psicologo di base». «Oggi anche il benessere psicologico ha assunto un ruolo fondamentale, contribuendo a far emergere nuovi bisogni e a valorizzare specifiche figure professionali di supporto, nutrizionisti, osteopati, psicoterapeuti...», commenta **Pierre Cordier**, a.d. di Groupama Assicurazioni, prima filiale del gruppo francese Groupama. «In qualità di assicuratori,

il nostro compito è intercettare i nuovi bisogni delle persone e la loro evoluzione, per identificare soluzioni personalizzate che possano soddisfare qualsiasi necessità». L'allargamento delle necessità relative al benessere psico-fisico, messe a confronto con le possibilità del nostro SSN, rendono quasi obbligatoria per molti la sottoscrizione di una polizza sanitaria integrativa. Secondo la survey il 59% degli intervistati ha già sottoscritto o pensa di sottoscrivere un'assicurazione sanitaria. Tra gli altri, pur di averne una, 4 su 10 rinuncerebbero ad andare più spesso a cena fuori, 3 su 10 anche alle proprie vacanze. Le previsioni sul futuro della gestione del SSN non appaiono rosee (il 65% ne teme il peggioramento) così come le attese per lo stato di salute generale della popolazione ed entrambe queste prospettive non fanno che alimentare il possibile mercato delle as-

sicurazioni sanitarie. Tra le motivazioni che più incidono su chi ha già compiuto questa scelta, al primo posto c'è la sicurezza di essere protetti in caso di problemi (per il 52%); seguono condizioni di pagamento agevolate (per il 37%), ma anche la possibilità di personalizzare la polizza su specifiche esigenze (30%). Per coloro che invece non hanno ancora una polizza sanitaria, le barriere alla sottoscrizione sono rappresentate dai costi non sempre accessibili (52%), dall'esistenza di altre spese prioritarie (32%), ma anche dai termini talvolta complicati o poco trasparenti (18%). «Sappiamo bene che ogni persona ha esigenze e bisogni specifici: per questo, la cura della salute non può essere affrontata con proposte standardizzate», sottolinea Cordier. «La nostra compagnia ha messo a punto un prodotto modulare come Groupama Benessere InSalute, che è una soluzione nata per

facilitare l'accesso alle prestazioni di maggior tutela, evitando le lunghe liste d'attesa, e finalizzata ad accompagnare i clienti in percorsi di prevenzione, diagnosi e cura. Inoltre integra protezioni aggiuntive, che coinvolgono nuove figure professionali, e mette a disposizione dei clienti un servizio di telemedicina che dà diritto a una cartella clinica digitale, su cui è possibile caricare informazioni o ricevere prescrizioni, anche tradotte in più lingue». (riproduzione riservata)





10 giu
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Aiop: Gabriele Pelissero presidente 2024-2028, Cittadini alla vicepresidenza

Gabriele Pelissero succede a Barbara Cittadini alla guida dell'Aiop, Associazione Italiana delle aziende sanitarie ospedaliere e territoriali e delle aziende socio-sanitarie residenziali e territoriali di diritto privato. L'elezione è arrivata, a Roma, al termine della 61a assemblea generale dell'associazione.

Pelissero passa dunque dalla vicepresidenza alla presidenza per il quadriennio 2024-2028 mentre Cittadini, che ha guidato l'Aiop per sei

anni, passa alla vicepresidenza insieme a Sergio Crispino, Francesco G. Galli, Federico Guidoni, Fabio Marchi, Luciano Natali, Michele Nicchio, Maurizio Pigozzi, Andrea Pirastu, Giuseppe Puntin, Ettore Sansavini.

«Aiop rappresenta una grande realtà della sanità italiana e una componente fondamentale del Servizio sanitario nazionale - ha dichiarato Pelissero - e con questa nuova ripartenza è sempre più forte nel settore sociosanitario, un settore strategico che deve affrontare i grandi temi dell'invecchiamento della popolazione e della cronicità. Unire insieme la parte ospedaliera, la parte sanitaria territoriale e la parte sociosanitaria è una sfida molto importante, perché ci consentirà di offrire al nostro Paese un sistema di servizi di Welfare sempre più aggiornato e moderno. Dobbiamo lavorare intensamente con il Governo per cercare insieme di abbattere sempre di più le liste d'attesa, che costituiscono sempre un motivo di preoccupazione, un



grande tema che riguarda la sanità di tutti gli italiani. Ma oltre a questo, dobbiamo collaborare, e lo faremo, per rivedere l'impianto complessivo del sistema di Welfare e del servizio sanitario e ovviamente un'attenzione particolare la porremo sempre ai lavoratori che sono con noi, ai contratti di lavoro e al loro rinnovo, che sarà uno dei primissimi argomenti che rappresenteremo al Governo per trovare insieme le soluzioni migliori».

Eletti anche i presidenti e i vicepresidenti nazionali delle due nuove Sezioni di Aiop, istituite con la revisione dello Statuto associativo, entrata in vigore il 1° gennaio 2024: Livio Tronconi sarà a capo della Sezione ospedaliera, mentre Sergio Bariani guiderà la Sezione socio-sanitaria. Vicepresidenti della Sezione ospedaliera saranno: Dario Beretta, Giacomo Nurra e Concetta Petruzzi. Vicepresidenti della Sezione socio-sanitaria saranno: Giacomo Di Capua, Enrico Brizioli e Fabio Margilio.

Rinnovate anche le cariche nazionali della sezione Giovani di Aiop. Il Consiglio nazionale ha eletto Gaia Garofalo come Presidente nazionale per il quadriennio 2024-2028. Gaia Garofalo subentra a Michele Nicchio, che dal 2018 ha guidato l'Associazione per due mandati consecutivi. Vicepresidenti saranno: Francesca Puntin, Vicepresidente regionale di Aiop Giovani Veneto; Tilia Ludovica Miranda, Presidente regionale di Aiop Giovani Campania; Franco Giardina Papa, Presidente regionale di Aiop Giovani Sicilia.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



10 giu
2024

AZIENDE E REGIONI

S
24

Anziani, l'assistenza residenziale declinata in Ra e Rsa

di *Claudio Testuzza*

Le prestazioni socio-sanitarie sono tutti quegli interventi di cura e assistenza che racchiudono insieme entrambe le componenti, quella sanitaria e quella sociale in un unicum inscindibile. La logica di base è quella di garantire, in tutti gli spazi di vita, un riferimento, un punto di appoggio per chi ne dovesse sentire la necessità.



Con l'ottica di essere ricettivi l'orientamento a costruire servizi pronti a recepire i bisogni inespresi guida diversi enti, che nel recente processo di accorpamento dei servizi sociali cittadini reggono il rischio, in particolar modo per gli anziani, di un allentamento nelle relazioni di aiuto istituzionali. Se l'accorpamento risponde dunque a logiche manageriali, il venire meno della prossimità e della territorialità dei servizi può limitare la possibilità di accesso di chi non è più autonomo negli spostamenti e non ha una rete familiare o amicale su cui contare. La condizione economica ha delle dirette ricadute su diverse dimensioni dell'esistenza, dalla salute all'abitare, che nel loro intreccio producono situazioni drammatiche per cui gli anziani possono cadere in una spirale di povertà e disagio, con aumentati rischi di perdere la casa e di comprometterne la salute.

Per le persone con malattie croniche o in condizioni di fragilità non autosufficienti (non solo anziani), che non hanno la possibilità di curarsi a casa a causa della gravità delle loro condizioni di salute o perché non hanno

alcun supporto di familiari, amici o assistenti per le necessità quotidiane, il Servizio sanitario nazionale prevede la possibilità di essere ospitate in strutture residenziali non ospedaliere.

L'assistenza residenziale rientra nei Lea - Livelli essenziali di assistenza - ma cambia da una Regione all'altra. Sono, infatti, diversi i criteri di accreditamento delle Rsa e persino i nomi (Rsa, Ra e altre sigle), come pure le modalità per accedervi e le tariffe a carico degli ospiti che possono dipendere dal reddito o dall'intensità dell'assistenza. La differenza tra Rsa e Casa di riposo consiste, essenzialmente sulla condizione che, sebbene entrambe le strutture forniscano assistenza e supporto h/24, tuttavia le Rsa dispongono della presenza costante di personale sanitario, un medico e, generalmente, un infermiere ogni 5 assistiti e un terapeuta ogni 40.

La casa di riposo accoglie, invece, soggetti almeno parzialmente autosufficienti, che non necessitino di assistenza medica continua, ma unicamente di eventuali cure infermieristiche.

Normalmente, la Asl autorizza il ricovero nelle strutture collocate nel territorio della Regione. Solamente in casi particolari si può chiedere l'autorizzazione ad entrare in una struttura di una Regione diversa.

Attualmente sull'intero territorio nazionale sono presenti 12.576 presidi residenziali per un ammontare di circa 414mila posti letto, ovvero 7 ogni mille persone residenti. Il computo complessivo naturalmente riguarda tutte le diverse tipologie di strutture, rivolte a una molteplicità di soggetti: anziani autosufficienti e non, minori, vittime di violenze, disabili, soggetti con dipendenze e così via.

In base ai dati del ministero della Salute riferiti al 2021, sono 3.664 le strutture sanitarie che assistono gli anziani, di cui 222 pubbliche e 3.442 private accreditate. Attualmente secondo gli ultimi dati Istat, il 75% delle strutture residenziali è affidato a privati e, tra questi, ben il 51% è composto da enti no-profit. Sul numero totale di ospiti presenti al primo gennaio 2022, pari a 356.556, gli anziani (65anni e più) rappresentano oltre i tre quarti del totale, vale a dire poco meno di 267mila persone. Di questi, l'80% (circa 215mila unità) si trova in una condizione di non autosufficienza. Per quanto riguarda il numero dei posti letto, l'Istat rileva il solito divario tra Nord e Sud: si va dai 31 posti letto ogni mille residenti anziani nel Nord-est, ai 5-6 ogni mille nel Meridione!

Scegliere una struttura residenziale pubblica o privata convenzionata col Servizio sanitario regionale può sembrare relativamente facile. In genere l'elenco delle Rsa accreditate è disponibile sul sito della Regione o Asl. Se invece, anche a causa delle lunghe attese, si sceglie una struttura totalmente privata (si pagano anche le prestazioni sanitarie e, in media, la retta è di circa un centinaio di euro al giorno), il consiglio è di controllare se è autorizzata dalla Regione o dal Comune a svolgere l'attività, sia pure non in convenzione col Servizio sanitario regionale e, inoltre, va verificato se fornisce

l'assistenza di cui si ha bisogno. In ogni caso è bene diffidare di strutture "anonime". Nel corso di controlli ispettivi in oltre 6.500 Rsa, da gennaio 2022 ad agosto 2023, i Nas - Comando Carabinieri per la Tutela della Salute - hanno trovato una Rsa su tre non in regola.

Le prestazioni di tipo sanitario fornite nelle Rsa, pubbliche o private convenzionate, sono sempre gratuite per tutti gli ospiti, in quanto rimborsate alla struttura dal Servizio sanitario nazionale. Di regola, invece, la quota "alberghiera" (vitto, alloggio e altri servizi, per esempio di lavanderia), pari al 50% della retta, è a carico dei pazienti o delle famiglie, salvo casi particolari.

Se il paziente o i familiari non sono in grado di sostenere questa spesa la quota di compartecipazione può essere sostenuta dal Comune per gli assistiti al di sotto di un determinato reddito (Isee socio-sanitario) previa richiesta da presentare ai Servizi sociali del Comune di residenza. Ma ci sono casi in cui nulla è dovuto, cioè non va pagata nemmeno la parte alberghiera della retta, come ha ribadito una recente sentenza della Corte di Cassazione.

In caso di pazienti ricoverati in Rsa gravemente malati di Alzheimer (e demenza senile) anche la retta alberghiera è a carico del servizio sanitario. E nulla può essere chiesto ai parenti - coniugi, figli o nipoti - anche se hanno sottoscritto un impegno di pagamento con la Rsa, considerato "nullo" dai giudici, i quali hanno disposto il rimborso degli importi pagati dai parenti. **Quante Rsa esistono.** Le tipologie di residenze sanitarie assistenziali sono quattro e vengono classificate in base al livello di ricovero e ai trattamenti offerti e necessari ai pazienti.

Rsa intensive. Sono adatte a persone affette da gravi disabilità e instabilità clinica, che necessitano di assistenza costante e continuativa. Pazienti in stato vegetativo, in coma oppure che richiedono particolari cure come nutrizione attraverso sondino, catetere venoso oppure cannule.

Rsa estensive. Concepite per anziani che richiedono un'elevata assistenza sanitaria e la cui permanenza non deve superare i 60 giorni. Prevedono interventi medico-infermieristici tra cui il trattamento di lesioni da decubito, terapie endovenose, recupero funzionale e molto altro, il tutto volto al rientro dell'utente nel suo domicilio oppure presso una Rsa di mantenimento.

Rsa di mantenimento. Sono concepite per accogliere anziani o soggetti non autosufficienti che necessitano di essere ospitati in via definitiva all'interno di una struttura assistenziale.

Questa tipologia si suddivide in due categorie: le Rsa di mantenimento alto - "A". Rivolte a persone per cui sono previste cure mediche e infermieristiche quotidiane, dialisi, somministrazione di terapie endovenose, recupero funzionale, somministrazione di nutrizione artificiale, cure per lesioni da decubito, e molto altro; le Rsa di mantenimento basso - "B". Che offrono cure di mantenimento o percorsi riabilitativi, e si caratterizzano da basse o

medie necessità a livello di tutela sanitaria.

Rsa estensive. Sono pensate per disturbi cognitivo comportamentali gravi. Questo tipo di Rsa si pongono l'obiettivo di offrire assistenza a soggetti affetti, per esempio, da demenza grave caratterizzata da disturbi comportamentali e per i quali sono previsti trattamenti specifici mirati.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

LA CIRCOLARE DEL MINISTERO CONFERMA IL DIVIETO

Protesi al seno proibite per le under 18 Sanzioni per il medico

Multa di 20mila euro e sospensione dalla professione per tre mesi per i chirurghi che operano ragazzine minorenni per fini estetici

CLAUDIA OSMETTI

■ Di nuovo, a voler fare i pignoli, non c'è granché. Di doveroso, però, sì: perché non è una sciocchezza, non è neanche un fenomeno passeggero (anche se un po' una moda, questo sì, in un certo senso, lo è) e non è, soprattutto, una questione di salute. Ha fatto bene, quindi, in questi giorni, il ministero della Salute, che peraltro è stato sollecitato da richieste informative arrivate da alcuni professionisti del settore, a ribadire quel che già prevede la legge da circa dodici anni. A ricordare, cioè, e a farlo ufficialmente, ossia con una circolare, che impiantare protesi mammarie per soli fini estetici, a giovani donne che non hanno manco diciotto anni, significa beccarsi una multa di 20mila euro e la sospensione dal camice per tre mesi.

Perché non si fa, perché è vietato, perché c'è una norma (la numero 86) del 2012, appunto, che lo impedisce sotto la soglia della maggiore età, a meno che, com'è ovvio, le ragioni dell'intervento non siano altre, ovvero non ci siano gravi malformazioni congenite certificate o da una struttura sanitaria pubblica o da un medico convenzionato al Servizio sanitario nazionale (il Ssn).

In tutti gli altri casi no. Non conviene. Ma non è neppure una grande idea. Tanto per cominciare perché un'operazione è un rischio, sempre, qualsiasi, e correrlo, a quell'età, magari solo per un selfie da postare su

Instagram (spesso va così, dopo ci arriviamo), lascia un po' il tempo che trova. E poi perché i "ritocchini" si fanno, semmai, se proprio non si riesce a invecchiare al naturale, col passare del tempo.

Invece non è così. «Spesso succede, e credo sia una deriva sbagliata, che i genitori regalino l'impianto di protesi al seno a fini estetici alle figlie proprio per il compimento dei diciotto anni», spiega Emanuela Bartoletti, che è la presidente della Sime, la Società italiana di medicina estetica. «È rischioso», aggiunge, «si tratta di soggetti comunque troppo giovani. Bisogna stare molto attenti. Ed è per questo che lanciamo un appello soprat-

tutto ai genitori, affinché non acconsentano alle richieste delle figlie se non ci sono motivi validi».

Alle volte è pure il contrario: il dottore, la ragazzina e la mamma; e quella che insiste è l'ultima. Il fidanzatino c'entra nulla. «Rifare il seno per le diciottenni è diventato una moda dettata dai social (ci siamo arrivati, ndr), ma la medicina non deve diventare



una moda dettata dai social. Non è possibile sottoporsi a un intervento chirurgico per poter postare il selfie del prima e del dopo».

Sì, d'accordo, alzi la mano chi non si piaceva da adolescente, tra l'acne, i denti sporgenti, i piccoli difetti fisici che, al liceo, sembravano insormontabili. Però c'è un limite a tutto. E men che meno vale la scusa però-tanto-è-un-intervento-reversibile, nel senso che la protesi si può anche togliere: è vero, sì, ma con un secondo passaggio in sala operatoria che potrebbe lasciare delle cicatrici e, a ogni modo, il corpo non è un palloncino che si gonfia e si sgonfia modello fisar-

monica.

I NUMERI

Negli ultimi anni il numero delle giovanissime che hanno chiesto un consulto per una mastoplastica additiva, un intervento al naso o all'addome, pare sia aumentato. Sulle cifre, tuttavia, si apre un secondo capitolo perché nella circolare del ministero viene, di nuovo, sottolineato anche l'obbligo per i chirurghi di inserire i dati clinici e anagrafici nei registri regionali (e quindi in quello nazionale) delle protesi mammarie: chi non lo fa, anche qui, rischia una sanzione che va da cinquecento a 5mila euro.

Calcolando l'illiceità di un'operazione simile sulle minorenni, le statistiche ufficiali raccontano che il 10% delle donne che paga per avere un seno più grande risiede nella fascia tra i 20 e i 24 anni, le under30 toccano un altro 15%.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Due protesi mammarie: in genere c'è un involucro di silicone riempito di silicone, acqua o idrogel



*Il caso***Un seno nuovo
come regalo
per i 18 anni****di Elena Dusi**
● a pagina 35**LA STORIA**

Le ragazze con il seno nuovo come regalo per i 18 anni “Una su quattro poi si pente”

di Elena Dusi

La piattaforma ideale per pubblicare gli scatti prima e dopo è Instagram. Il passaparola sul chirurgo migliore viaggia invece su TikTok. Il motore di ricerca di Google serve a trovare la clinica più vicina (in Svizzera) o più economica (Turchia) qualora si fosse ancora minorenni. Qualunque sia la situazione, il matrimonio fra social media e chirurgia estetica è perfetto. E sta facendo aumentare gli interventi di protesi al seno.

Avviene in Italia, dove il ministero della Salute ha sentito il bisogno di emanare una circolare per ribadire i punti della legge del 2012: gli interventi di chirurgia estetica sulle ragazze minorenni sono vietati. Il medico che infrange la legge rischia 20mila euro di multa e tre mesi di sospensione dalla professione. La Sime – Società Italiana di Medicina

Estetica – ha criticato un'abitudine diffusa tra i genitori: regalare alla figlia un intervento di chirurgia estetica per il 18esimo compleanno: «È solo una moda rischiosa, perché si tratta di soggetti troppo giovani. Lanciamo un appello ai genitori affinché non acconsentano alle richieste delle figlie. Questa è una deriva che va bloccata». Un intervento su quattro, a tutte le età, finisce con un ripensamento e una seconda tappa in sala operatoria per togliere la protesi,

Nel 2020 un gruppo di psicologi di 40 paesi ha rivolto a 20mila donne la domanda in modo schietto: sei soddisfatta delle dimensioni del tuo seno? Solo tre su dieci hanno risposto sì. Non è un caso allora che con 1,9 milioni di interventi all'anno la protesi al seno sia la procedura chirurgica più diffusa nel mondo, secondo l'International Society of Aesthetic Plastic Surgery, l'associazione

che raccoglie i chirurghi estetici di tutti i paesi. Più della metà delle protesi nel mondo sono impiantate in donne con meno di 39 anni. Il 6% in ragazze tra i 19 e i 29 anni. Bassa autostima e lunghe ore sui social sono le caratteristiche che spingono le giovanissime a rivolgersi al chirurgo estetico. Lo ha notato uno studio del 2021 in Polonia sull'identikit delle ragazze tra 19 e 34 anni che avevano scelto di sottoporsi all'interven-



to. Ai chirurghi estetici l'aspetto social del loro lavoro non è sfuggito. La maggior parte oggi presenta il proprio studio e la propria casistica di pazienti con video molto curati.

In Italia dal 2019 vige l'obbligo di censire gli interventi nel Registro degli impianti protesici mammari. Ogni anno, si legge dai dati, i mesi da aprile a giugno sono i più intensi per i chirurghi. A ridosso della prova costume si concentra la maggior parte degli oltre 8mila interventi di protesi al seno per finalità estetica eseguiti tra 2019 e 2023 in Italia. Se a giugno del 2019, prima della pandemia, l'attività primaverile arrivava a poco più di 150 interventi al mese, il

picco di maggio 2023 è schizzato a 600. L'1% di tutti gli interventi eseguiti riguarda ragazze al di sotto dei 20 anni, l'8% tra 20 e 24 anni. Solo 3 protesi su 4 reggeranno anche la prova del tempo e non verranno rimosse con un secondo intervento di pentimento. Non mancano nel Registro i casi di alcune ragazze deluse già prima dello scoccare del ventesimo compleanno. ©RIPRODUZIONE RISERVATA

E il ministero ribadisce il divieto prima della maggiore età: sanzioni per chi trasgredisce

Le regole **Gli obblighi e le multe per i medici**

● **Il limite**

Vietato impiantare protesi al seno per fini estetici alle ragazze minorenni

● **Il registro**

I dati di chi riceve o rimuove una protesi al seno devono essere registrati

● **Le multe**

Per chi viola il tetto dei 18 anni multa di 20mila euro

1,9 mln
Gli interventi
Nel mondo si eseguono ogni anno 1,9 milioni di operazioni per l'aumento del seno. Si tratta dell'intervento chirurgico più diffuso. Il 54% delle donne ha meno di 39 anni

8.756
Le protesi in Italia
Gli interventi eseguiti a fini estetici tra il 2019 e il 2023. Il 9% su ragazze con meno di 24 anni

70%
Insoddisfatte
Solo 3 donne su 10 si dichiarano soddisfatte delle dimensioni del loro seno



Emanuele Bartoletti, chirurgo estetico

“Spesso a spingerle sono le madri ma non ci si opera per un selfie in più”

La protesi al seno resta una scelta molto femminile. «Una diciottenne che chiede un intervento simile è di solito accompagnata dalla madre, anche lei spesso con un'esperienza di interventi estetici alle spalle. Mai, così giovani, le ragazze si presentano con i fidanzati». Per Emanuele Bartoletti, presidente della Società Italiana di Medicina Estetica (Sime), direttore dell'ambulatorio di medicina estetica all'ospedale Fatebenefratelli - Gemelli Isola e titolare di uno studio privato a Roma, le discussioni con pazienti così giovani non sono mai facili.

Non è contento di avere una paziente in più?

«Diciotto anni sono un'età cui prestare molta attenzione. Le ragazze sono esuberanti, già belle senza bisogno di interventi, ma allo stesso tempo piene di dubbi. Qualche caso di asimmetria o di mancanza totale del seno può aver bisogno di essere effettivamente trattato, ma spesso a quell'età la protesi è una moda dettata dai social. La medicina, però, non deve diventare una moda dettata dai social. Non è possibile sottoporsi a un intervento chirurgico per poter postare il selfie del

prima e del dopo. Quando faccio questo discorso, le ragazze sono in genere più disposte ad ascoltarmi delle madri».

Perché il ministero sente il bisogno di emanare una nuova circolare con regole già in vigore da dodici anni?

«Per noi sono regole già note ed applicate, ma prima che entrasse in vigore la legge del 2012 un buon numero di interventi di protesi veniva in effetti eseguito su ragazze minorenni».

Per quale motivo consiglia di aspettare?

«Perché l'adolescenza è un periodo di incertezze e in genere basta il passare del tempo ad appianare i dubbi. Regalare una protesi al seno per i 18 anni della figlia è una deriva che va bloccata. Io lo spiego alle pazienti più giovani, ma non posso sapere se poi attraversano la strada e si rivolgono a un altro

collega».

Ci possono essere complicanze?

«Come per ogni intervento chirurgico. Possono presentarsi degli ematomi. C'è la possibilità che la protesi si giri o si indurisca. Alcune protesi di vecchia generazione, in casi molto rari, hanno causato una forma di tumore comunque trattabile».

È vero che la protesi rende più difficile leggere gli esami di screening per il tumore al seno?

«No, quello non è un problema».

Se si dovesse cambiare idea in un secondo momento, la protesi potrà essere tolta?

«Sì, ma bisogna comunque tornare in sala operatoria. Il seno avrà nel frattempo cambiato forma. Riadattarlo può richiedere delle procedure chirurgiche che lasciano cicatrici».

Molte diciottenni di oggi saranno mamme domani. La protesi crea problemi all'allattamento?

«Si può allattare tranquillamente, ma in ogni caso con la gravidanza il seno cambia conformazione. La protesi può deformarsi e non tornare esattamente alla forma precedente. Potrebbe essere necessario intervenire di nuovo, ma dipende dai singoli casi».

Le donne più adulte vengono sole o accompagnate dai compagni e mariti?

«Non è frequente che un compagno o un marito venga nel mio studio per discutere di un intervento di chirurgia estetica sulla moglie. E quando lo fa, in genere è il meno convinto», — e.d.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



Lo specialista
Emanuele Bartoletti

— “ —
A quell'età la protesi è principalmente una moda dettata dai social: una deriva che va bloccata
— ” —



Salute 24

Il presidente Aifa
Nisticò: ok a farmaci
in metà tempo

Marzio Bartoloni — a pag. 28

«Puntiamo a dimezzare i tempi per il via libera a nuovi farmaci»

L'intervista
Robert Nisticò

Presidente Agenzia italiana del farmaco

Marzio Bartoloni

Da due mesi guida la nuova Aifa, l'Agenzia del farmaco profondamente rinnovata nella sua governance ora più snella dopo la fusione delle due commissioni tecniche e soprattutto con l'addio al dualismo tra direttore generale (scomparso) e nuovo presidente con maggiori poteri. Un incarico quest'ultimo che Robert Nisticò - presidente dai primi giorni di aprile - ha subito preso di petto: «Grazie al lavoro della nuova commissione scientifica ed economica del farmaco abbiamo già smaltito centinaia di procedure e ora ne restano soltanto poche decine che vogliamo chiudere a giugno». Ma il suo impegno - guardando al suo mandato - è accorciare i tempi per l'accesso e il rimborso dei nuovi farmaci in Italia che oggi si aggirano sui 14 mesi di media di attesa, contro i 4 della Germania. «Vedremo se le azioni che stiamo mettendo in campo riusciranno a dimezzarli o comunque a ridurli considerevolmente. Servono comunque interventi normativi mirati».

Quali sono i suoi obiettivi?

Seguirò tre parole chiave: internazionalizzazione, semplificazione amministrativa e riorganizzazione. Innanzitutto dobbiamo essere più presenti nei tavoli internazionali che poi anticipano le questioni che arriveranno in

Italia, a partire da quelli dell'Ema l'agenzia Ue dei farmaci dove avvengono le autorizzazioni. Puntiamo poi a semplificare i rapporti con gli interlocutori ma anche l'organizzazione interna. Penso all'unica commissione che sostituisce le precedenti con un iter più snello rispetto al passato quando succedeva che i dossier rimbalzavano dalla commissione che decideva sui prezzi a quella sulla valutazione scientifica. Per aiutare i dieci esperti della commissione abbiamo potenziato gli uffici a loro supporto con le sedute convocate consecutivamente fino a cinque giorni

Semplificare ridurrà i tempi di accesso oggi troppo lunghi?

La considero quasi la mia scommessa personale. I tempi vanno minimizzati, ma va ricordato che sui ritardi pesano anche i tempi di ingresso nei prontuari regionali. Perché dopo l'approvazione Ema c'è l'Aifa, poi le Regioni e poi il paziente. Noi possiamo influire sulla fase che ci riguarda. E di quanto si possono ridurre i 14 mesi oggi necessari? Noi ce la metteremo tutta per far sì che ai pazienti arrivino i farmaci nel minor tempo possibile. Vedremo se le azioni che stiamo mettendo in campo riusciranno a dimezzarli o comunque a ridurli considerevolmente. Soprattutto per quelli con valore terapeutico aggiunto o quando vengono incontro a bisogni medici insoddisfatti come farmaci orfani per il trattamento delle malattie rare. Più in generale andrebbe fatto per tutti i nuovi principi attivi con un occhio ovviamente alle malattie con un maggiore impatto.

C'è qualche modello?

In Europa non mancano, come

quello che si sta studiando in Francia dove esiste uno schema strutturato di accesso precoce. Il farmaco approvato da Ema con rapporto rischio beneficio favorevole potrebbe essere rimborsato da subito a prezzo concordato con il produttore sulla base di criteri di eleggibilità. Ciò fa sì che sia messo a disposizione del paziente con tempi fortemente ridotti. Nel frattempo c'è il processo di negoziazione e una volta raggiunto l'accordo, si potrà in caso conguagliare quanto speso tra il periodo con il prezzo iniziale concordato, rispetto a quanto si sarebbe speso invece con il prezzo finale negoziato. D'altro canto, è paradossale come la ricerca si sfidi per ottenere quanto prima terapie innovative e una volta generate occorrono molti mesi per negoziarne prezzo e rimborso.

C'è ancora carenza di farmaci?

Ci sono ancora problemi in particolare per antibiotici, antiinfiammatori di largo consumo o enzimi pancreatici. Carenze dovute a fattori che



spesso non dipendono da noi come l'approvvigionamento di materie prime per il confezionamento o i principi attivi, che arrivano per oltre il 70% da Cina e India. Per attenuare questo fenomeno non bisogna però scordarsi che spesso i farmaci equivalenti sono alternative valide a quelli di marca carenti e su questo bisogna insistere nel fare comunicazione tra farmacisti e medici e informando i cittadini.

Gli antibiotici non li vuole produrre più nessuno eppure l'antimicrobico resistenza è una minaccia attuale molto seria...

È un problema da affrontare a livello globale. Oltre a ridurre l'uso inappropriato che ancora oggi è molto diffuso in Italia ci vogliono di fronte a un mercato poco remunerativo strategie *push and pull* in cui attraverso gli incentivi si aiuta la ricerca di nuove molecole anche attraverso un sistema regolatorio favorevole sul modello dei farmaci orfani di cui mi sono occupato per anni, lavorando sull'abbattimento dei costi regolatori o sull'esclusività del mercato.

La nuova Aifa come gestirà i rapporti con le aziende?

Abbiamo avviato due tavoli con Farmindustria ed Egualia instaurando un dialogo stretto e trasparente per individuare pratiche che possono essere semplificate e sog-

gette a un fast track. Abbiamo creato una piattaforma on line dove caricare i dossier sia nostri che delle imprese per agevolare il lavoro reciproco e la comunicazione. Per facilitare poi le procedure di negoziazione sul prezzo abbiamo creato anche degli "scoping meeting" cioè degli incontri preparatori che si fanno prima in modo da chiarire tutti gli aspetti.

Lavorerete anche a una riforma del prontuario farmaceutico?

Facciamo una premessa. Nel prontuario non entrano farmaci con minore efficacia terapeutica di quelli già presenti. E i vecchi medicinali sono quelli con i prezzi più bassi. Quindi è importante non seguire approcci ideologici che possono portare a risultati dannosi per gli assistiti, che si troverebbero privati delle terapie in uso e degli stessi conti pubblici con lo spostamento dei consumi verso i prodotti più costosi. Detto questo l'aggiornamento del Prontuario è un processo dinamico che richiede un'attenzione costante che non mancheremo di esercitare.

Come garantire l'accesso alle nuove terapie spesso costose?

Questo è un grande tema che Aifa non può valutare da sola ma in modo concertato con tutti perché mette in gioco il diritto alla salute difeso dalla Costituzione ma anche l'esigenza di

gestire una spesa che non può essere infinita. Terapie avanzate come quelle geniche o le Car t saranno sempre più presenti con costi sempre più alti: oggi la più costosa vale quasi 3 milioni di euro per un solo paziente. Serve un cambio di paradigma che veda queste terapie anche come un investimento soprattutto se portano alla guarigione o al ritorno a una vita normale per il paziente. Dovremo sempre più verificare che queste terapie siano efficaci e sicure anche a lungo termine. Per questo si impone una selezione accurata in partenza dei pazienti, individuando quelli che hanno più chance di rispondere a queste cure potenzialmente risolutive.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**TEMPI RIDOTTI
Faremo di tutto per ridurli, in Francia c'è un modello di accesso precoce**



La nuova Aifa.

È in vigore la nuova riforma dell'Agenzia del farmaco. Una sola commissione tecnica al posto di due, il presidente con più poteri affiancato da due direttori (tecnico scientifico e amministrativo)



IMAGOECONOMICA



Approvati 78 nuovi medicinali, quasi un terzo sono antitumorali

Le terapie in arrivo

Le valutazioni dell'Aifa

Per un terzo dei casi si tratta di nuovi antitumorali, poi ci sono le new entry contro le malattie autoimmuni, antiinfettivi, vaccini e medicinali neurologici. È l'onda dei 78 nuovi farmaci approvati dall'Ema pronti a sbarcare in Italia secondo il rapporto «Horizon Scanning: lo scenario dei medicinali in arrivo» realizzato dall'Aifa. Di questi: 43 sono medicinali contenenti nuove sostanze attive, 8 medicinali biosimilari, 14 equivalenti e 13 tra medicinali ibridi, autorizzati con la procedura del consenso informato e sostanze attive note.

Come detto tra i farmaci contenenti nuove sostanze attive, una quota rilevante è rappresentata dai medicinali antineoplastici (29,3%), finalizzati al trattamento di alcuni tipi di tumori solidi (quali il tumore della mammella, del polmone, dell'esofago, il colangiocarcinoma) e del sangue (mieloma, linfoma e leucemia) e i medicinali immunomodulatori (19,5%) per il trattamento delle malattie autoimmuni (prevalentemente sclerosi multipla e colite ulcerativa). A seguire poi agenti antifettivi a uso

sistemico e vaccini (9,8%) e medicinali per patologie del sistema nervoso (9,8%). Percentuali minori sono relative a medicinali classificati come "Vari" (7,3%), i medicinali per le patologie del sangue e organi emopoietici e quelli per le malattie dell'apparato gastrointestinale e metabolismo (4,9% per entrambi le categorie).

Quali invece le autorizzazioni attese per il resto del 2024? In rampa di lancio ci sono 104 nuovi medicinali: 65 medicinali contenenti nuove sostanze attive – di cui 24 medicinali orfani per il trattamento di patologie rare e 41 medicinali non orfani – 22 medicinali biosimilari e 17 medicinali equivalenti.

I medicinali contenenti nuove sostanze attive in valutazione appartengono prevalentemente all'area terapeutica oncologica (14, pari al 21,5%), quella delle malattie infettive, compresi i vaccini (10, pari al 15,3%), l'area ematologica (10, pari al 15,3%) e neurologica (8, pari al 12,3%). Tra i medicinali in valutazione, 3 sono per terapie avanzate, di cui 2 medicinali orfani (uno per il trattamento dell'emofilia B e l'altro per il trattamento

dell'epidermolisi bollosa distrofica) e un medicinale è non orfano (per il trattamento dei difetti della cartilagine del ginocchio).

Infine, sono stati ammessi al programma «Prime» 129 medicinali. Il programma è interessato a farmaci promettenti che vanno a colmare importanti bisogni clinici insoddisfatti, e beneficiano di un supporto scientifico e normativo durante la fase di sviluppo. Si tratta, per la maggior parte, di terapie avanzate di ambito oncologico, oncoematologico, ma anche di trattamenti per l'endocrinologia, la ginecologia, il metabolismo, la fertilità, la neurologia o i vaccini.

—Mar.B.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ANNA MARIA COCLITE
È professoressa di Fisica della materia all'Università di Bari, tornata in Italia dopo 14 anni di lavoro all'estero



Il controllo del mercato dei farmaci per l'Alzheimer

Previsioni. I consulenti della Fda si sono incontrati ieri per discutere se il farmaco di Eli Lilly è efficace e sicuro in vista dell'approvazione

Francesca Cerati

I consulenti esterni della Food and Drug Administration (Fda) statunitense si sono incontrati ieri per discutere se il farmaco per l'Alzheimer (donanemab) di Eli Lilly è sicuro ed efficace, in vista della decisione dell'agenzia di approvarlo. Negli Stati Uniti, la molecola di Lilly ha già dovuto far fronte a due ritardi normativi: nel gennaio 2023 l'Fda ha rifiutato l'approvazione accelerata e lo scorso 8 marzo l'agenzia ha chiesto l'intervento di un comitato consultivo indipendente per discutere del farmaco, ritardandone ulteriormente l'approvazione. Va detto, che l'autorità di regolamentazione non è obbligata a seguire le raccomandazioni dei suoi consulenti esterni, ma in genere lo fa. Agli esperti è stato chiesto di discutere se le analisi dei dati degli studi presentati dimostrano che i benefici di donanemab nel rallentare il declino cognitivo nei pazienti con malattia in fase iniziale superano i rischi. Il farmaco di Lilly, come gli altri della stessa classe, possono infatti causare gonfiore o sanguinamento cerebrale potenzialmente fatale, come riportato nelle avvertenze del farmaco già approvato.

Se donanemab verrà approvato, sarà il secondo farmaco per l'Alzheimer dopo quello di Eisai e Biogen (Leqembi), che ha avuto l'ok dalla Fda

l'anno scorso, e Eli Lilly potrebbe conquistare la metà di un mercato valutato 13 miliardi di dollari entro il 2030.

Il farmaco, somministrato tramite infusione una volta al mese, è progettato per eliminare dal cervello la beta amiloide, una proteina tossica legata all'Alzheimer. Negli studi clinici, il trattamento ha rallentato la progressione dei problemi di memoria e di pensiero dal 22% al 29% in totale, più o meno paragonabile al rallentamento osservato con Leqembi (27%). Nei pazienti con livelli da bassi a medi di una seconda proteina correlata all'Alzheimer chiamata tau, il farmaco della Lilly ha rallentato la progressione della malattia del 35,1% rispetto al placebo.

Traslando i dati scientifici in quelli economici, il 2024 potrebbe essere un anno "spartiacque". A maggio, Eisai ha previsto che le vendite saliranno a circa 364 milioni di dollari nell'anno fiscale 2024, che si concluderà a marzo 2025. Un vantaggio che secondo gli analisti non riuscirà però a garantire a Leqembi il primo posto in classifica delle vendite nel lungo termine. Secondo i dati Lseg, le vendite di donanemab raggiungeranno i 65,6 milioni di dollari nel 2024, salendo a 630,75 milioni l'anno prossimo. In soli 12 mesi, quindi, il nuovo farmaco di Lilly supererebbe quello della partnership Eisai-Biogen. Le ragioni, per gli analisti, sono due: un

dosaggio più conveniente e il fatto che i pazienti possono smettere di ricevere il farmaco una volta che i livelli di amiloide raggiungono una soglia di clearance (la capacità di un organo di depurarsi da una sostanza). Ma da qui al 2030 potrebbero esserci altre sorprese. Anche se gli analisti si aspettano che Eisai, Biogen e Lilly rappresentino la maggior parte delle vendite di farmaci per l'Alzheimer, altre aziende, come ACImmune, Alzheon, Cassava Sciences e Vivoryon Therapeutics stanno sviluppando le loro molecole per questa demenza. E l'impatto limitato, anche se statisticamente significativo, sull'attività cognitiva sia di Leqembi sia di donanemab lascia ampio margine alla concorrenza.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

La terapia, somministrata per infusione una volta al mese, elimina dal cervello la beta amiloide



La seconda vita della molecola scoperta da Rita Levi-Montalcini

Brevetto italiano

Convegno a Roma

Calcio di inizio del secondo tempo per il fattore di crescita nervoso (in inglese nerve growth factor, Ngf), la molecola scoperta 50 anni fa da Rita Levi-Montalcini e che le valse il Nobel nel 1986. In campo ci sono gli scienziati provenienti da istituti di ricerca di tutto il mondo del calibro di Harvard, Stanford, Cornell e Scripps, che Nature, grazie alla sponsorizzazione della biofarmaceutica Dompè, riunisce oggi e domani a Roma al convegno "From the Eye to the Brain". Una due giorni per discutere le potenzialità delle neurotrofine (l'Ngf è stato il primo membro scoperto di questa famiglia), che esercitano potenti effetti biologici sul sistema nervoso centrale e su altri tessuti periferici, non solo durante lo sviluppo, ma anche durante l'età adulta. La scelta della capitale italiana è in linea con la storia di questa molecola, che è tutta italiana.

«È un progetto che è partito negli anni '50 da una scienziata italiana, è proseguito negli anni '90 con un gruppo di ricercatori italiani di oculistica che hanno avuto l'idea di im-

piegarla in una patologia della superficie oculare, e poi 12 anni fa un'azienda italiana ne ha acquisito i diritti per sviluppare il primo collirio a base di Ngf - racconta Flavio Mantelli, chief medical officer ophthalmology di Dompè - Questo passaggio, cioè il fatto di essere riusciti a portare in clinica questa molecola, apre nuove prospettive non solo in oftalmologia, ampliando le indicazioni per esempio nelle malattie di rigenerazione della retina e del nervo ottico, ma anche in altre aree terapeutiche, come le patologie neurodegenerative o i traumi cerebrali. Nonostante siano stati approvati nuovi farmaci per l'Alzheimer, ci sono ancora altre neuropatologie che hanno un alto medical need e l'applicazione di Ngf potrebbe cambiare la loro storia naturale». La strada è lunga, siamo ancora in una fase pre-clinica di ricerca, e tra gli ostacoli da superare c'è anche il delivery della molecola al tessuto target.

«La tecnologia per sviluppare il collirio rappresenta uno step fondamentale, un banco di prova che

permette di accelerare le somministrazioni in altri distretti e per altre patologie - continua Mantelli - Oggi, per esempio, stiamo lavorando sull'Ngf intravitreale, iniezioni dentro l'occhio per le patologie degenerative della retina e del nervo ottico, ma anche sul delivery dell'Ngf nel sistema nervoso centrale, tra cui la via intranasale».

È l'evento in corso a Roma, che riunisce gli scienziati impegnati nella ricerca delle neurotrofine in diversi ambiti, potrebbe far scattare la scintilla e portare a soluzioni innovative.

—Fr.Ce.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**Le potenzialità
delle neurotrofine
sul sistema nervoso
centrale e altri
tessuti periferici**



5 | Ricerca, da Trento il primo atlante digitalizzato del cervello umano

Arriva da Trento "il primo atlante funzionale cerebrale ottenuto integrando dati di risonanza magnetica funzionale a riposo di soggetti sani con dati di stimolazione elettrica raccolti nel corso di interventi neurochirurgici di asportazione di tumore cerebrale. Una complessa integrazione informatica di queste due preziose informazioni, basata su metodiche di intelligenza artificiale, ha consentito l'esatta definizione della distribuzione delle aree del cervello essenziali per 12 diverse funzioni. E ha aiutato a chiarire le vie di connessione cerebrali tra queste funzioni, grazie a un'ulteriore e avanzata metodica di risonanza magnetica, la trattografia, che permette di visualizzare le fibre cerebrali".

La novità, frutto della collaborazione fra i tre principali stakeholder della ricerca neuroscientifica del territorio - università di Trento, Fondazione Bruno Kessler (Fbk) e Azienda provinciale per i servizi sanitari (Apss) - è il risultato del progetto di ricerca clinica 'NeuSurPlan', partito nel 2021 e finanziato dalla Provincia autonoma di Trento. L'obiettivo è "sostenere il trasferimento tecnologico: aiutare a chiarire l'anatomia funzionale cerebrale e trasformare le scoperte scientifiche fatte in laboratorio in applicazioni terapeutiche e chirurgiche", spiega una nota.

Non solo. "L'integrazione tra esperienza e competenze di ciascuna istituzione coinvolta - si legge - ha consentito la creazione del primo sistema automatico per esplorare le funzioni cerebrali al livello corticale. Un software che consente di ottenere, attraverso una breve sequenza di risonanza magnetica di 11 minuti, una mappa di diverse funzioni cerebrali che può essere utilizzata sia come strumento per la pianificazione chirurgica, e quindi ridurre il rischio di danni al tessuto cerebrale funzionale, sia per comprendere i meccanismi di riorganizzazione e plasticità neuronale nel corso della malattia dei pazienti". Infine, il dialogo



tra attività clinica e di laboratorio ha permesso ai ricercatori trentini di creare "il primo atlante digitalizzato della sostanza bianca cerebrale, ottenuto integrando la micro-dissezione anatomica delle fibre del cervello con gli studi di trattografia con risonanza magnetica". Uno strumento reso disponibile online (bradipho.eu), che rappresenta "una risorsa unica per la didattica e l'apprendimento dell'anatomia delle principali vie di connessione del cervello umano".

Delle nuove frontiere aperte sul fronte della ricerca e della chirurgia si parlerà al terzo convegno 'Connect brain', in programma a Trento dal 13 al 15 giugno, dopo una prima edizione nel 2015 e una seconda nel 2019. "Si tratta di un vero e proprio corso - afferma Silvio Sarubbo, che a Trento è docente al Centro interdipartimentale di Scienze mediche dell'università e direttore dell'Unità operativa complessa di Neurochirurgia dell'ospedale Santa Chiara - nato con l'idea di creare un ponte tra le neuroscienze di base e la ricerca clinica, neurologica e neurochirurgica. Una sinergia che ha ricadute pratiche sul trattamento dei pazienti affetti da tumore cerebrale".

"Il nostro contributo - illustra Jorge Jovicich, coordinatore scientifico del Laboratorio di neuroimmagini al Centro interdipartimentale Mente/Cervello dell'ateneo trentino - è quello di fornire all'Unità operativa di Neurochirurgia un protocollo di acquisizione dati di diffusione di functional imaging e strumenti per analizzare questi dati in maniera congiunta. Sia per pianificare un intervento chirurgico che per analizzare l'andamento post-intervento per monitorare il recupero cognitivo del paziente".

"Si sta creando uno strano cortocircuito - rileva Paolo Avesani, responsabile del Laboratorio di Neuroinformatica di Fbk - Da una parte le neuroscienze cercano di spiegare come funziona il cervello, dall'altra l'intelligenza artificiale cerca di replicarlo. Esiste un mutuo beneficio tra queste due discipline che sta avendo riscontri positivi anche per l'attività clinica".

Connect brain porterà nel capoluogo trentino neuroscienziati da tutto il mondo: neurologi, neurofisiologi, neurochirurghi, oncologi e radioterapisti,



esperti di imaging neuroradiologico avanzato, neuroinformatici - elenca la nota - che si confronteranno con le nuove evidenze che riguardano il funzionamento del cervello umano e le tecniche più avanzate per studiarlo e intervenire con terapie chirurgiche e mediche sempre più precise e personalizzate. Oltre 100 le persone iscritte e 50 gli speaker, provenienti da diversi Paesi europei, Stati Uniti e Canada.

Le giornate di giovedì e venerdì sono dedicate allo studio, al dibattito, alle conferenze dei relatori. Sabato è in programma una sessione pratica di esercitazione con alcuni nuovi strumenti sviluppati nell'ambito della collaborazione tra Fbk, università di Trento e Apss. I partecipanti potranno cimentarsi con le più moderne applicazioni della tecnologia per il trattamento delle neoplasie cerebrali, e più in generale dei disordini del movimento. Potranno utilizzare questi strumenti, imparare a utilizzare la risonanza magnetica funzionale a riposo e consultare le mappe che riguardano sia la struttura del cervello che le sue funzioni.





10 giu
2024

MEDICINA E RICERCA

S
24

Human Technopole, 5 piattaforme aperte ai ricercatori italiani. Giorgetti, usare risorse in modo selettivo ed efficace. Schillaci, alle 'piattaforme' il 55% dei 77 milioni messi dallo Stato su HT

di Barbara Gobbi

PDF [Le Piattaforme nazionali in dettaglio](#)

Dal 10 giugno gli scienziati italiani potranno sottoporre i progetti di ricerca a Human Technopole, istituto di ricerca per le scienze della vita situato nel campus Mind Milan Innovation District, per svilupparli utilizzando le tecnologie di avanguardia messe a disposizione tramite le piattaforme nazionali.

In una logica di Open Innovation nel campo delle scienze della vita, le piattaforme nazionali sono strutture dedicate e condivise da Human Technopole con tutto il sistema della ricerca italiano. E sono cinque: piattaforma di genomica, piattaforma di editing genomico e modelli di malattia, piattaforma di biologia strutturale, piattaforma di microscopia ottica, piattaforma per la gestione e l'analisi dei dati.



Piattaforme e bandi d'accesso sono stati presentati a Roma da Human Technopole presso il ministero della Salute, nel corso dell'evento "Improving human life and technology".

«L'Italia ha la qualità scientifica e industriale per essere un riferimento a livello globale, a condizione di utilizzare le risorse pubbliche in modo selettivo ed efficace - ha scritto il ministro dell'Economia Giancarlo Giorgetti in un messaggio inviato in occasione della presentazione del Piano strategico 2024-2028 e delle piattaforme di Human Technopole. «Investire su Human Technopole è parte della strategia mirata alla specializzazione del Paese sui settori ad alta tecnologia. Per questo il Centro deve preservare standard di eccellenza mondiale nel reclutamento delle risorse umane e nella valutazione dell'attività scientifica, diventare un polo nazionale per la formazione avanzata e, soprattutto, un riferimento per il trasferimento tecnologico», ha aggiunto. «La capacità di innovazione tecnologica è la sfida sulla quale competono le potenze mondiali. Questo è ancora più vero nel campo delle scienze della vita anche grazie alle potenzialità nell'uso dei dati. Di fronte a questo salto tecnologico, l'Italia ha la qualità scientifica e industriale per essere un riferimento a livello globale a condizione di utilizzare le risorse pubbliche in modo selettivo ed efficace», ha indicato ancora Giorgetti. Secondo cui «utilizzare in modo efficace le risorse significa collaborare con gli altri attori della ricerca. Mi riferisco - ha precisato - agli enti attivi nelle Life Sciences, grazie alla potenzialità delle piattaforme nazionali. Alle fondazioni vigilate dal governo, che devono essere pronte a evolvere per anticipare e accompagnare gli avanzamenti della frontiera della ricerca», ha aggiunto, esprimendo «soddisfazione per i risultati conseguiti» e confermando che «nel percorso di attuazione del nuovo piano strategico il Mef continuerà a esercitare la propria vigilanza con l'ambizione comune di rendere Human Technopole un vanto e un riferimento nel panorama internazionale».

«Non riesco a immaginare una funzione differente, che non sia quella dell'apertura all'intera comunità scientifica italiana, per un investimento che vede 77 milioni di euro l'anno, pari al 55% delle risorse che Human Technopole riceve dallo Stato, destinati a realizzare e rendere disponibili le 5 Piattaforme tecnologiche nazionali d'avanguardia». Così il titolare della Salute Orazio Schillaci, secondo cui «sostenere la ricerca e la prevenzione è il miglior investimento che una nazione possa fare. Ma naturalmente - ha avvisato - occorre gestire al meglio le risorse, in modo che abbiano una effettiva ricaduta sulla salute e che servano a migliorare l'assistenza. Per questo è auspicabile che i bandi presentati oggi stimolino una risposta vasta e di alto profilo e che nostri ricercatori colgano questa opportunità». Secondo Schillaci il 'modello aperto' messo in campo può «davvero essere vincente per tutti gli attori della ricerca nelle scienze della vita: Irccs, aziende ospedaliere-universitarie, enti pubblici, università, lo stesso Human

Technopole». Schillaci ha infine ricordato che con il Pnrr è stato assegnato oltre mezzo miliardo al potenziamento della ricerca biomedica Ssn e che ad aprile sono state approvate le graduatorie per assegnare la seconda tranche di finanziamento da 310 mln a 334 progetti.

Il presidente di Human Technopole Gianmario Verona ha dichiarato: «Le piattaforme nazionali costituiscono un esempio concreto di infrastrutture per la open innovation nell'ambito delle scienze della vita. Il modello su cui si basano è un'evoluzione del modello già applicato con successo in istituti di vari paesi europei, tra cui il Laboratorio Europeo di Biologia Molecolare, il SciLifeLab in Svezia, gli istituti Max Planck in Germania, e negli Stati Uniti. Ha portato, in questi paesi, importanti risultati sia in termini di qualità della ricerca scientifica, sia di trasferimento tecnologico. Il suo punto di forza è consentire di centralizzare tecnologie molto avanzate, costose e connesse funzionalmente, godendo al tempo stesso di forti economie di scala ed evitando la dispersione delle risorse, che da oggi sono disponibili agli scienziati italiani, oltre ai ricercatori di Human Technopole».

La presentazione del Piano strategico 2024-2028. Nel corso del convegno Human Technopole ha presentato anche i contenuti del nuovo Piano strategico. Marino Zerial, direttore di Human Technopole, ha aggiunto: «Questo evento è anche l'occasione per presentare il Piano strategico 2024-2028 di cui le Piattaforme nazionali sono una colonna portante. La multidisciplinarietà è un punto focale della visione scientifica di Human Technopole: dalla fisica alla genomica, dalla matematica alla biologia strutturale, tutte le scienze convergeranno per supportare lo sviluppo della conoscenza dei meccanismi alla base dell'organismo umano. Inoltre, grazie a nuovi programmi di ricerca, chiamati flagship research programmes, porteremo il focus anche su patologie gravi e diffuse come, ad esempio, i tumori, le malattie metaboliche, le patologie cardiologiche o le condizioni del neurosviluppo».

“Tutto” sui bandi di ricerca. I bandi saranno pubblicati sistematicamente su base annuale e aperti a ricercatori di università, Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (Irccs) ed enti pubblici di ricerca di tutta Italia. Le domande di accesso saranno valutate da un gruppo di esperti internazionali indipendenti, raccolti nella Commissione indipendente di valutazione permanente (Civp), che decideranno quali progetti potranno accedere alle tecnologie di Human Technopole sulla base della loro innovatività e qualità scientifica.

Le candidature potranno essere presentate durante tutto il corso dell'anno e saranno valutate in tre periodi: maggio/giugno (domande presentate tra il 1 gennaio e il 30 aprile), settembre/ottobre (domande presentate tra il 1 maggio e il 31 agosto), gennaio/febbraio (domande presentate tra il 1 settembre e il 31 dicembre). Il bando di accesso conterrà l'elenco dei servizi offerti da ciascuna piattaforma, criteri di ammissibilità e requisiti tecnici,

criteri di valutazione e sistema di punteggio.

Sono previste tre modalità diverse di accesso alle Piattaforme Nazionali:

● **Semplice:** i ricercatori utilizzeranno direttamente le tecnologie messe a disposizione da Human Technopole. Poiché è richiesta una comprovata competenza pregressa nell'impiego di queste strumentazioni, sarà effettuata una verifica preliminare e successivamente il ricercatore sarà autorizzato all'uso dello strumento con supervisione limitata da parte del personale della struttura. Per alcune strutture o strumenti questa modalità di accesso potrebbe essere limitata o non disponibile.

● **Con impiego dei servizi della struttura:** i ricercatori potranno avvalersi di personale di Human Technopole che svolga per loro specifici compiti. Si potrà trattare di servizi standard, cioè svolti usualmente dalla Piattaforma Nazionale, o su misura, cioè ideati e sviluppati in maniera congiunta con i ricercatori ospiti.

● **Con servizi della struttura e formazione:** tale procedura prevede la formazione dei ricercatori da parte del personale di Human Technopole con l'obiettivo di trasferire, in aggiunta o in alternativa ai servizi previsti dalle altre modalità d'accesso, le competenze necessarie per l'utilizzo autonomo di una tecnologia specifica.

Potranno essere sottoposti per l'accesso alle Piattaforme nazionali sia progetti scientificamente significativi e tecnicamente maturi sia progetti proof-of-concept, cioè studi di fattibilità come pre-requisiti per programmi di ricerca:

● con elevato potenziale scientifico ma con maturità tecnica o dati preliminari insufficienti;

● volti a creare le condizioni necessarie per l'esecuzione del progetto (come ad esempio, esperimenti di sviluppo dei metodi);

● ad accesso rapido, cioè che richiedono un unico servizio.

La valutazione delle domande

Dopo una prima verifica della coerenza con il bando, la proposta verrà sottoposta alla Commissione Indipendente di Valutazione Permanente, che la giudicherà secondo i seguenti parametri: significatività, innovazione, approccio, contesto scientifico-istituzionale ed esperienze pregresse del richiedente. In aggiunta a questa valutazione sarà eseguito anche uno studio di fattibilità tecnica e maturità del progetto.

La Commissione indipendente di valutazione permanente (Civp)

Alla Commissione sarà affidata la valutazione dei progetti. La Civp è formata da membri indipendenti di massimo prestigio internazionale che includono il presidente del Comitato scientifico di Human Technopole Walter Ricciardi che ne è membro di diritto, e sono: Filippo Mancia, professore di Fisiologia e biofisica cellulare, Department of Physiology & Cellular Biophysics, Columbia University, New York (U.S.A.) (Presidente); Arianna Tucci, professore di Genomica medica, Queen Mary University of London (Regno

Unito) (Vice Presidente); Juha Kere, professore di Genetica molecolare, Department of Biosciences and Nutrition, Karolinska Institute, Stoccolma (Svezia); Samuele Marro, professore di Neuroscienze e co-direttore dello Stem Cell Engineering Core, Black Family Stem Cell Institute, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, New York (Usa); Jan Peychl, Senior Service Leader, Light Microscopy Facility, Max Planck Institute of Molecular Cell Biology and Genetics, Dresda (Germania); Giampietro Schiavo, professore di Neuroscienze, Department of Neuromuscular Diseases, Queen Square Institute of Neurology, University College London (Regno Unito); Maria Secrier, professore di Biologia computazionale del cancro, Genetics Institute, Department of Genetics, Evolution and Environment, University College London (Regno Unito); Virginie Uhlmann, Group Leader, European Bioinformatics Institute (EMBL-EBI), Cambridge (Regno Unito) e Direttrice BioVisionCenter, Università di Zurigo (Svizzera).

I membri della Civr sono stati selezionati a seguito della pubblicazione dell'avviso pubblico per la preselezione dei candidati per la costituzione della Commissione avvenuta in data 4 luglio 2023. Il Consiglio di Sorveglianza della Fondazione Human Technopole ha ricevuto la lista di candidati risultante dalle pre-selezione effettuata dal ministero dell'Università e della Ricerca e dal Ministero della Salute e ha nominato i nove membri.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



10 giu
2024

LAVORO E PROFESSIONE

S
24

Diagnostica di laboratorio e farmacia dei servizi: quale modello possibile per coniugare appropriatezza clinico-diagnostica e sostenibilità

di Ettore Capoluongo * e Marcello Ciaccio **

A partire dal primo test di gravidanza rapido introdotto negli anni '70, la pandemia ha sicuramente dato una forte spinta all'ampia diffusione dei test rapidi. A oggi, sono disponibili numerosi dispositivi per il dosaggio di svariate molecole, dal glucosio, al

colesterolo, agli ormoni tiroidei, ai marcatori cardiaci e, perfino, il sangue occulto nelle feci e la ricerca di agenti patogeni nelle feci, oltre che i tamponi faringei rapidi. Tuttavia, bisogna sottolineare e non sottovalutare che all'apparente vantaggio del cittadino di poter monitorare e analizzare in modo semplice e rapido il proprio stato di salute, in realtà si associano numerosi potenziali gravi rischi.

Innanzitutto, si deve considerare l'importanza dell'appropriatezza nella scelta dell'esame da eseguire: la farmacia non può essere considerata come un punto di diagnosi. Infatti, l'appropriatezza prescrittiva è fondamentale per garantire il migliore risultato rispetto a uno specifico quesito clinico che deve essere formulato dal sanitario dopo un'attenta visita e valutazione dell'individuo, mentre i risultati di esami richiesti senza un razionale riducono significativamente l'accuratezza diagnostica per effetto della ridotta prevalenza, come ben descritto in qualsiasi trattato di statistica



medica.

L'appropriatezza rappresenta, quindi, uno strumento fondamentale per realizzare una medicina efficace ed efficiente: essa è proprio il primo principio di qualità dettato anche dalla norma Iso15189, che valuta un test come erogabile solo clinicamente utile/valido. La norma Iso15189 ha un ulteriore livello di assunzione: quello della competenza, che è il criterio fondamentale attraverso il quale si riconosce la qualificazione ad erogare una procedura diagnostica di laboratorio. Questo è anche lo spirito del recente regolamento europeo, il Regolamento Ue n. 2017/746 sui dispositivi medico-diagnostici in vitro (In Vitro Diagnostic Medical Device Regulation, "Ivdr"), che prevede alti standard per tutti i presidi diagnostici ed una standardizzazione del livello di acquisizione di reattivi e software a fini diagnostici.

Riusciranno le farmacie ad assicurare tali standard, che vanno oltre il livello di qualificazione del personale, ma che partono dalla necessità di saper discriminare ciò che è clinicamente utile da quello che è commercialmente disponibile? Tali valutazioni possono essere fatte solo in presenza di professionisti di laboratorio, che in linea con le raccomandazioni e linee guida scientifiche è tenuto a rimodulare l'offerta di test diagnostici in linea con le nuove evidenze scientifiche: è questa una parte del lavoro del professionista di laboratorio.

Un altro aspetto fondamentale da sottolineare è la corretta interpretazione del dato di laboratorio e il conseguente corretto referto. Il dato di laboratorio non dev'essere considerato un semplice numero, come quello che viene fuori dai semplici strumenti utilizzati nelle farmacie, ma va corredato da informazioni sui livelli di normalità che variano a seconda della popolazione, del sesso e dell'età dei soggetti e deve essere sempre valutato ed interpretato in relazione alle caratteristiche cliniche ed anamnestiche dell'individuo, oltre che nel rispetto delle modalità di prelievo che sono parte fondamentale del processo diagnostico di laboratorio.

È, quindi, fondamentale definire le modalità di refertazione dei test rapidi e assicurarsi che il dato verrà correttamente utilizzato ai fini clinici, ancor più in considerazione del fatto che molti di questi dati contribuiscono alla costruzione del fascicolo sanitario elettronico del paziente. Questo aspetto, ancora una volta, rappresenta il ruolo dello specialista di laboratorio e richiede conoscenze e competenze proprie dei professionisti della Medicina clinica e della Medicina di laboratorio.

Si deve evitare che il cittadino, sulla base di una potenziale autodiagnosi, formulata anche con il supporto del "Dr. Google", possa decidere quali esami eseguire e sulla base del risultato stabilire una autodiagnosi, anche perché un'autodiagnosi errata può comportare un trattamento inappropriato con gravi conseguenze per la salute e per lo stato psicologico stesso del soggetto. Ogni esame, inoltre, deve essere effettuato con specifiche strumentazioni e

con metodiche che assicurano la qualità del parametro analizzato: anche per il follow up di un biomarcatore bisogna sempre riferirsi allo stesso laboratorio per valutare in modo coerente il miglioramento dello stato di salute del paziente (riduzione dei livelli glicemici o dell'emoglobina glicosilata, piuttosto che un marcatore tumorale).

I limiti dei test rapidi. Aspetto fondamentale, infatti, è la qualità del dato ottenuto con i test rapidi, ovvero mediante i sistemi Point of Care Testing (Poct), che hanno, per natura, delle prestazioni adeguate per un autocontrollo e per il monitoraggio di alcuni parametri (ad esempio la glicemia) ma determinano prestazioni inadeguate per la diagnosi di malattia. A causa delle potenziali gravi conseguenze derivanti dall'uso di risultati non attendibili degli esami di laboratorio, è fondamentale la corretta gestione dei sistemi Poct sottoponendoli a costanti controlli di qualità e manutenzione. A tal fine, le analisi in Poct dovrebbero essere sempre eseguite sotto la responsabilità dei professionisti di Medicina di laboratorio, come accade nella maggior parte degli ospedali, che dovrebbero stabilire le modalità d'uso, le procedure per la verifica di qualità e la formazione degli operatori, oltre che il monitoraggio continuo delle performances dei test e delle apparecchiature.

Il tema della sostenibilità per il Ssn e della formazione dei professionisti.

Le criticità rappresentate non solo sono potenzialmente dannose per il cittadino che ne usufruisce ma anche costituire una spesa inutile con aggravio per la sostenibilità del nostro sistema sanitario.

Il ricorso ai test in farmacia sarebbe una perdita culturale oltre che economica per il mondo medico-scientifico: porterebbe a un extracosto per ripetizioni, per rischio di overdiagnosi ed overtreatment generato da risultati potenzialmente non veritieri, se eseguiti senza il controllo da personale adeguatamente qualificato e non in grado di interpretare il valore di quel test, generando il rischio di fornire al paziente informazioni non valide.

Per arrivare a questa maturità professionale, si studia circa 10 anni tra laurea e specializzazione, si deve acquisire con la pratica in laboratorio tutta una serie di competenze per raggiungere quelli che, da contratto, rappresentano anche i livelli di inquadramento professionale che permettono a un dirigente sanitario ospedaliero di venire classificato a media, alta, altissima specializzazione, permettendogli poi di passare eventualmente a responsabile di Uos (unità operativa semplice) o Uosd (unità operativa semplice dipartimentale), fino a poter ambire, dopo almeno sette-dieci anni di professionalizzazione, alla posizione di Direttore di struttura complessa. In questo percorso, l'abilitazione del dirigente sanitario neoassunto a operare in una struttura sanitaria pubblica o accreditata, passa attraverso un periodo di formazione che prevede la compilazione della scheda di maturazione degli skill che lo renda in grado di refertare dagli esami più semplici a quelli più complessi (sempre che ne sia dimostrata la capacità). I

sistemi di accreditamento e certificazione a cui non siamo obbligati ad adeguarci prevedono che venga stilato per ciascun dipendente un fascicolo della formazione che comprenda tutta la valutazione di acquisizione degli skills, oltre che l'ottenimento annuale obbligatorio dei crediti Ecm (requisito obbligatorio): senza gli Ecm, il professionista può andare incontro a sanzioni disciplinari fino alla sospensione dal servizio, se emerge che il Dirigente sanitario o il tecnico di laboratorio non hanno raggiunto gli obiettivi formativi previsti dalla legge. E questo è solo una o dei tanti aspetti di cui ci si fa carico sotto il profilo della qualificazione delle competenze professionali dei professionisti di laboratorio. A tutto questo si aggiunge anche l'obbligo di effettuare le nostre prestazioni in ambienti idonei, adeguati, salubri, ergonomici, nel rispetto delle norme di sicurezza: da quelle più semplici fino all'antincendio. Oltre a questi "must", bisogna anche obbligatoriamente ottemperare (pena la perdita della certificazione, e dell'accreditamento istituzionale) ai programmi di controllo di qualità interno (CQI) o esterni (VEQ) che, vanno superati e documentati agli ispettori nei diversi audit. Ogni esame di laboratorio refertato ha un mondo di procedure, azioni, interventi specialistici (commento al referto, ad esempio) che lo sottende: tutte queste fasi hanno una tracciabilità digitale che permette sempre di ricondurre agli operatori eroganti il test di essere chiamati in causa nel momento in cui qualche risultato venisse contestato. Su queste basi si è costruita la piattaforma di messa a punto anche del fascicolo sanitario elettronico che è oggi alimentato prevalentemente dagli esami di laboratorio. Per arrivare a questa implementazione, abbiamo dovuto certificare i percorsi di presa in carico dei flussi di analisi diagnostiche che restano sempre riconducibili ad uno o più professionisti qualificati di laboratorio.

L'esperienza emergenziale del Covid non può trasformarsi di fatto nel paradigma della disfatta della medicina di laboratorio che si vedrebbe trasformata in un mercato libero dell'autodiagnosi dove si fa finta, in farmacia, di far eseguire al paziente tutto da solo, mentre una persona con un camice (che non si sa che qualifica abbia) fa finta di guardare un test che va avanti da solo. Non si può svilire il valore del test di laboratorio in questo modo, ancor più se si pensa che la diagnostica di laboratorio partecipa al 70% del percorso di diagnosi e cura di ogni paziente e interviene in modo scientifico anche nelle strategie di prevenzione e nella medicina di precisione.

Chi paga e con quale modello possibile? Il problema non è solo la delega al "fai-da-te", ma è anche quello di verificare a carico di chi tutto questo accadrà. In un momento in cui: a) i nuovi Lea abbattano le tariffe della gran parte dei test diagnostici; b) si fa fatica nel pubblico, oltre che nel privato, a richiedere degli upgrade tecnologici, spesso elemosinando aumenti di budget per portare l'innovazione tecnologica a favore dei pazienti); c) si

hanno problemi a reperire risorse di personale qualificato, che sarà sempre meno se il Pnrr sarà porterà a termine l'attivazione di tutti gli ospedali di comunità o delle strutture assistenziali decentrate sul territorio; d) le scuole di specializzazione dell'area di laboratorio vedono sempre meno vocazione proprio per le poche risorse disponibili nella diagnostica, ci chiediamo tutti con quali risorse le farmacie dovranno o potranno erogare servizi.

Se a carico del Ssr/Ssn, dovranno obbligatoriamente adeguarsi agli standard previsti per i laboratori pubblici e privati, sia per la dotazione di spazi che per l'organico professionale: dovranno partecipare ai controlli regionali e nazionali/internazionali Veq, certificare i percorsi e creare una infrastruttura informatica in grado di dialogare con il fascicolo sanitario elettronico.

Al paziente non dovrà essere più permesso di uscire dalla farmacia con uno scontrino di carta autoreferato e autodiagnosticato e ci dovrà essere, se eseguito su uno strumento per diagnostica decentrata (Poct), un sistema in rete di controllo delle performance strumentali e del test stesso. Se di questo si parla, solo i professionisti di medicina di laboratorio possono garantire questo percorso. Questa assunzione in realtà è legittimata dall'imminente partenza con le farmacie dei servizi in Lombardia dove, da giugno, le farmacie mettono a disposizione le proprie apparecchiature per consentire ai cittadini di effettuare holter pressorio, holter cardiaco ed Ecg grazie alla telemedicina. Ciò vuol dire che lo specialista di branca (il cardiologo) refererà gli esami diagnostici. Pertanto, anche gli esami di laboratorio dovranno essere refertati da uno specialista della branca di pertinenza. Se il modello prevedesse questo, le società scientifiche di laboratorio e l'Accademia dei settori disciplinari di medicina di laboratorio, non avrebbero difficoltà a supportare l'implementazione di tale progetto, immaginando che la regia della diagnostica di prossimità fatta in farmacia venga di fatto organizzata, standardizzata ed armonizzata dagli specialisti di laboratorio, permettendo al paziente di riferirsi alla farmacia più vicina per effettuare test controllati e validati da personale qualificato. Ovviamente, per far questo servirebbero ulteriori risorse: di questo, non vi è traccia in nessuno dei piani visionati al momento, mentre invece sono state tagliate significativamente prestazioni diagnostiche e le relative della gran parte di quelle approvate nei nuovi Lea. Le Regioni in piano di rientrano rischiano di non poter erogare a carico del Ssr le nuove prestazioni e di non poter prevedere la revisione delle tariffe di quelle più importanti.

Un'altra domanda che sorge spontanea è la seguente: ma il budget eventualmente dato alle farmacie eroderà quello già risicato e continuamente oggetto di tagli feroci delle strutture pubbliche/private convenzionate?

Le conseguenze di eventuali errori diagnostici. È stato calcolato quanto impatterebbe l'overdiagnosi o l'errore diagnostico sulla richiesta di accesso a

cure ed esami strumentali e di laboratorio nelle strutture pubbliche, per effetto di questo accesso libero alla autodiagnosi in farmacia, ancor più se eseguita privatamente? Il paradosso è che il Ssn si vedrebbe ribaltare richieste di accertamenti a carico della comunità per errori diagnostici relativi ad esami effettuati in autoprescrizione e in solvenza.

Solo una forte sinergia tra laboratori hub/spoke pubblici/convenzionati e farmacie territoriali potrebbe, invece, garantire un percorso in linea con gli standard di riferimento, non ultima la imminente implementazione dell'Ivdr a livello europeo, al fine di decentrare in farmacia la fase tecnico-analitica ma di tenerla sotto il controllo del personale di laboratorio, che si prenderà cura della corretta esecuzione oltre che dell'appropriatezza della gestione dei risultati e della comunicazione all'utente delle richieste. In tale scenario, le farmacie dovranno essere un dei tanti spoke per i pazienti/utenti che non trovano nelle vicinanze dei loro luoghi di residenza un ambulatorio prelievi o un laboratorio.

Questo modello, oggi, già si realizza all'interno degli ospedali dove, tutti i Poct (strumenti di diagnostica estemporanea rapidi), sono sotto il controllo del laboratorio: questo è diventato un obbligo di legge e molte regioni hanno già creato le reti dei Poct, sempre controllati dai laboratori di Asp, Asl o Aziende ospedaliere.

Se si parla di un modello simile a questo, siamo pronti a contribuire al percorso avviato: se si tratta di sostituire quanto di grande i padri italiani della medicina di laboratorio hanno fatto per rendere questa disciplina un fiore all'occhiello nel mondo, allora siamo pronti davvero a scendere tutti in campo per ribadire la forza della nostra posizione critica.

Alla luce di queste considerazioni, in accordo alle dichiarazioni del dottor Andrea Mandelli, Presidente della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (Fofi), emerge la necessità di un confronto multidisciplinare tra i vari professionisti coinvolti, inclusi i farmacisti e i medici, per definire e regolamentare un servizio che potrebbe essere prezioso per il cittadino, evitando di trasformarlo in uno strumento potenzialmente pericoloso con effetti negativi.

** Ordinario di Biochimica clinica e Biologia molecolare clinica, Università Federico II di Napoli; Direttore Uoc Patologia clinica Ospedale San Giovanni Addolorata - Roma; Componente dell'Expert panel on medical devices and in vitro diagnostics ('Expamed') presso la Commissione Ue; Componente "Committee on Molecular Diagnostics (C-MD)"- Ifcc (International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine)*

*** Ordinario Biochimica clinica e Medicina di laboratorio, Scuola di Medicina e Chirurgia, Università di Palermo; Presidente Società italiana di Biochimica clinica e biologia molecolare clinica – Medicina di laboratorio; Presidente del Collegio dei professori ordinari di Biochimica clinica; Direttore Dip.to e Uoc Medicina di laboratorio del Policlinico Universitario "P. Giaccone" di Palermo*

© RIPRODUZIONE RISERVATA



10 giu
2024

NOTIZIE FLASH

S
24

Da Unicredit 30 mln a sviluppo Policlinico Gemelli Irccs con garanzia Sace

di Radiocor Plus

Un piano di investimenti che prevede un nuovo blocco ambulatoriale polispecialistico e degenze all'interno dell'edificio R e un nuovo blocco operatorio al piano seminterrato dell'edificio S per la Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli Irccs con un finanziamento Social Impact di 30 milioni di euro da parte di UniCredit, della durata di 7 anni, assistito dalla Garanzia di Sace. Nel dettaglio l'ampio piano di sviluppo prevede la realizzazione di 12 ambulatori medici; 76 letti aggiuntivi per degenze; 5 degenze di rianimazione e terapia intensiva; 5 sale operatorie in spazi prima adibiti a uffici. «Siamo fieri di supportare la Fondazione Gemelli, uno dei principali ospedali italiani per la qualità delle cure erogate e tra i primi a livello mondiale - ha dichiarato Roberto Fiorini, Regional Manager Centro di UniCredit -. Il nostro intervento creditizio si inserisce all'interno della nuova edizione del piano UniCredit per l'Italia, interamente dedicata ai settori produttivi e dei servizi, per un valore complessivo di 10 mld. Nell'ambito del piano è previsto un sostegno di complessivi 500 milioni dedicato a enti del terzo settore anche con l'utilizzo delle forme di garanzia pubblica recentemente introdotte». Per Marco Elefanti, Dg Gemelli Irccs, l'investimento «consentirà di concretizzare i progetti indispensabili per mantenere ed elevare gli attuali livelli di qualità dell'assistenza e la



reputazione del Policlinico». Secondo Filippo Coderoni, Relationship Manager Network Centro di Sace, l'intervento è «in linea con il nostro Piano industriale 2025 e con il nostro purpose aziendale. Quest'operazione conferma la costante collaborazione con Unicredit a sostegno di realtà che, come la Fondazione Gemelli, investono sulla ricerca e si impegnano quotidianamente per il futuro della sanità».

© RIPRODUZIONE RISERVATA